

## Ermäßigungsantrag zur Veranlagung für das Jahr 2020

Mitglieds-Nr.: .....

Name, Vorname: .....

Ich beantrage gemäß § 15 Abs. 1 Satz 2 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung die Beitragsermäßigung für das Jahr **2020** auf der Grundlage des im Jahr 2018 erzielten Berufseinkommens aus selbstständiger Tätigkeit.

Das im Jahr **2018** erzielte Berufseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit liegt unter 77.400,00 EUR (neue BL) bzw. unter 82.800,00 EUR (alte BL) (siehe beiliegender Nachweis\*).

\*Als Nachweis zum erzielten Berufseinkommen gelten eine Kopie des Steuerbescheides, eine Bestätigung durch den Steuerberater oder eine bestätigte Kopie der Gewinnermittlung.

**Bestätigung des Mitgliedes:** ....., den .....

.....  
Stempel / Unterschrift