Ermäßigungsantrag 2026

Sächsische Ärzteversorgung
Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Sächsische Ärzteversorgung
Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer
Dr.-Külz-Ring 10
01067 Dresden

Mitgliedsnummer

Familienname

Vorname (Rufname)

1. Ermäßigungsantrag zur Veranlagung für das Jahr 2026

Ich beantrage gemäß § 15 Absatz 1 Satz 2 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung die Beitragsermäßigung für das Jahr 2026 auf der Grundlage des im Jahr 2024 erzielten Berufseinkommens aus selbstständiger ärztlicher / tierärztlicher Tätigkeit.

Das im Jahr 2024 erzielte Berufseinkommen aus selbstständiger ärztlicher / tierärztlicher Tätigkeit beträgt

_____ EUR

und liegt damit unter der Beitragsbemessungsgrenze von 101.400,00 EUR (Bitte Nachweis beifügen*).

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

2. Hinweis

Bitte beachten Sie, dass aus einer geringeren Beitragszahlung ein niedrigerer Versicherungsschutz resultiert!

3. Bestätigung

Ich versichere, dass alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Alle Änderungen zu den o. g. Angaben teile ich gemäß § 14 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung umgehend mit.

Ihre Daten werden von der Sächsischen Ärzteversorgung unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen und nur dann an externe Empfänger weitergegeben, sofern dies zur Abwicklung oder Bearbeitung Ihres Anliegens/Antrages erforderlich ist, hierfür Ihre Einwilligung vorliegt oder eine andere gesetzliche Erlaubnis besteht.

Bitte beachten Sie weitergehend die veröffentlichte Datenschutzerklärung auf unserer Homepage www.saev.de.

Ort, Datum	Unterschrift/Namenswiedergabe des Antragstellers bzw. des Bevollmächtigten (mit Nachweis)