Versorgungswerk der Steuerberaterinnen
und Steuerberater in Rheinland-Pfalz
Körperschaft des öffentlichen Rechts

StBV

Versorgungswerk der Steuerberaterinnen
und Steuerberater in Rheinland-Pfalz
Postfach 10 52 41
40043 Düsseldorf

Mitglied:

_____

Mitglieds-Nr.:

Vollständige Angaben sind zwingend erforderlich!

Per Telefax: 0211 179369-55

F-1895-100 (zur automatischen Formularerkennung)

Zusätzliche Beiträge

Gemäß § 25 Abs. 1 der Satzung können zusätzliche Beiträge entrichtet werden, die zusammen mit den Pflichtbeiträgen bezogen auf ein Kalenderjahr 20/10 des Höchstbeitrages zur gesetzlichen Rentenversicherung nicht überschreiten dürfen.

Monatliche Beitragsstufen 2024:

1/10	2/10	3/10	4/10	5/10
140,43 €	**280,86 €**	**421,29 €**	**561,72 €**	**702,15 €**
6/10	7/10	8/10	9/10	10/10
842,58 €	**983,01 €**	**1.123,44 €**	**1.263,87 €**	**1.404,30 €**
11/10	12/10	13/10	14/10	15/10
1.544,88 €	**1.685,16 €**	**1.825,59 €**	**1.966,02 €**	**2.106,45 €**
16/10	17/10	18/10	19/10	20/10
2.246,88 €	**2.387,31 €**	**2.527,74 €**	**2.668,17 €**	**2.808,60 €**

Über meinen derzeitigen monatlichen Beitrag hinaus beantrage ich hiermit – soweit zulässig – die Zahlung von:

☐ **laufenden zusätzlichen** Beiträgen in Höhe von mtl. _____**/10 bzw.** _____**EUR**
☐ beginnend ab Zahlungsmonat _____**2024 oder**
☐ **vom** _____**2024 bis** _____

☐ **einem einmaligen zusätzlichen** Beitrag in Höhe von _____**/10 bzw.** _____**EUR**
im Zahlungsmonat _____**2024**

Zahlungsweise:

☐ Der Zusatzbeitrag soll von dem Bankkonto eingezogen werden, das für den laufenden Beitragseinzug vom Versorgungswerk verwendet wird.

☐ Der Zusatzbeitrag soll von einem abweichenden Bankkonto eingezogen werden. Ein SEPA-Lastschriftmandat ist im Original beigefügt.

☐ Ich überweise den Zusatzbeitrag unter Angabe meiner Mitgliedsnummer auf die unten angegebene Bankverbindung.

_____ _____

(Ort / Datum) **(Unterschrift)**