

Schleswig-Holsteinisches
Versorgungswerk für Rechtsanwälte
Gottorfstraße 13a
24837 Schleswig

Erhebungsbogen

1. Name:..... Geburtsname:.....
Vorname:.....
2. Geburtsdatum:.....
3. Bei Verheirateten Vorname des Ehepartners/eingetragenen Lebenspartners:
..... Geburtsname:.....
Geburtsdatum:..... Beruf:.....
4. Welchen Beitrag wollen Sie als gesetzliches
Pflichtmitglied in der Rechtsanwaltsversorgung
zahlen?
 2/3 3/3 (Zutreffendes bitte ankreuzen)
der Allgemeinen Versorgungsabgabe (Höchstbeitrag in der gesetzlichen Angestelltenversicherung).
Das Wahlrecht gilt nicht für angestellte Pflichtmitglieder.
– Das Wahlrecht kann nur innerhalb der ersten drei Jahre nach Beginn der Selbstständigkeit ausgeübt werden (s. § 24,2) –.
5. Wollen Sie die zusätzliche Versorgungsabgabe gem. § 26 der Satzung zahlen? ja nein (Zutreffendes bitte ankreuzen)
(bis zu 30 % Ihrer persönlichen Versorgungsabgabe)

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

10. Liegen bei Ihnen die Voraussetzungen für eine Berufsunfähigkeit vor?

ja nein

.....
(Ort und Datum)

.....
(Unterschrift und Stempel)

Bitte geben Sie Ihre Bankverbindung an!

Kreditinstitut:.....

BIC:.....

IBAN:.....

Steuer-ID:.....