

# Antrag auf Beitragsminderung



Hiermit beantrage ich

Name, Vorname	<input type="text"/>
Straße, Hausnr.	<input type="text"/>
PLZ Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Landesverband	<input type="text"/>
Mitgliedsnummer	<input type="text"/>

eine Minderung meines Mitgliedsbeitrags für das Geschäftsjahr

Mein Haushaltsnettoeinkommen<sup>1</sup> pro Kopf betrug im letzten Jahr in Summe:

	Spanne	Jahresbeitrag für Bestandsmitglieder	Jahresbeitrag für Neumitglieder
<input type="checkbox"/>	0 bis ausschließlich 4800 €	12,00 €	1,00 € pro Jahresrestmonat
<input type="checkbox"/>	4800 bis ausschließlich 5400 €	18,00 €	1,50 € pro Jahresrestmonat
<input type="checkbox"/>	5400 bis ausschließlich 6000 €	24,00 €	2,00 € pro Jahresrestmonat
<input type="checkbox"/>	6000 bis ausschließlich 6600 €	30,00 €	2,50 € pro Jahresrestmonat
<input type="checkbox"/>	6600 bis einschließlich 7200 €	36,00 €	3,00 € pro Jahresrestmonat

Dem Antrag sind  Nachweise angefügt (optional)

Durch meine Unterschrift versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ort, Datum

Unterschrift

Vermerke des zuständigen Landesverbands
eingegangen:
<input type="text"/>
Datum, Unterschrift/Stempel
bearbeitet:
<input type="checkbox"/> bewilligt
<input type="checkbox"/> abgelehnt
<input type="text"/>
Datum, Unterschrift/Stempel

Vermerke der Bundesgeschäftsstelle
eingegangen:
<input type="text"/>
Datum, Unterschrift/Stempel
<input type="text"/>

<sup>1</sup> Nettoeinkommen = Bruttoeinkommen – Einkommenssteuer – Arbeitnehmeranteil der Sozialversicherungen