

Pflegekammer Niedersachsen

**Selbsteinstufung nach § 3 der Beitragsordnung
Beitragsjahr 2020**

Name, Vorname:

Mitgliedsnummer:

Anschrift:

Eingangsstempel der Kammer

Bitte wählen Sie durch Ankreuzen die **eine** für Sie zutreffende Variante:

Hiermit versichere ich, dass meine Jahreseinkünfte nach § 2 Abs. 1 S. 1-3 der Beitragsordnung im Jahr 2018 (Vorvorjahr zum Beitragsjahr) bei

_____ Euro

lagen.

Oder:

Im Jahr 2018 (Vorvorjahr zum Beitragsjahr) habe ich keine Einkünfte nach § 2 Abs. 1 S. 1-3 der Beitragsordnung erzielt. Deshalb versichere ich, dass meine Jahreseinkünfte aus dieser Tätigkeit im Jahr 2019 (Vorjahr zum Beitragsjahr) bei

_____ Euro

lagen.

Oder:

Hiermit versichere ich, dass ich weder im Jahr 2018 (Vorvorjahr zum Beitragsjahr) noch im Jahr 2019 (Vorjahr zum Beitragsjahr) Einkünfte nach § 2 Abs. 1 S. 1-3 der Beitragsordnung hatte. Meine voraussichtlichen Jahreseinkünfte aus dieser Berufsausübung im Jahr 2020 (Beitragsjahr) werden voraussichtlich bei

_____ Euro

liegen.

Oder:

Ich möchte keine Selbsteinstufung abgeben und bin mit der Entrichtung eines Beitrages in Höhe von 217,80 Euro einverstanden.

Ort, Datum Unterschrift