



## BEITRAGSMELDUNG

(GEMÄSS DER BEITRAGSORDNUNG DER LPFLK RLP)

Beitragspflicht ab: 01.01.2016

### Landespflegekammer RLP

Beitrag

Große Bleiche 14 - 16

55116 Mainz

Ihre Mitgliedsnummer (falls bekannt)

\_\_\_\_\_

Bruttoverdienst in Euro (ohne Kommastellen)

\_\_\_\_\_ €

Der durchschnittliche monatliche Bruttoverdienst entspricht dem zu erwartenden Jahresbruttoverdienst aus pflegerischer Tätigkeit 2016 (von Januar bis Dezember) : 12 Monate

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_

Stadt \_\_\_\_\_

BEITRAG	AN-Brutto / steuerpfl. Brutto	jährlich	Zutreffendes ankreuzen
Beitragsklasse 1	unter 500 €	30,00 €	<input type="checkbox"/>
Beitragsklasse 2	500 € bis unter 1.000 €	54,00 €	<input type="checkbox"/>
Beitragsklasse 3	1.000 € bis unter 1.500 €	84,00 €	<input type="checkbox"/>
Beitragsklasse 4	1.500 € bis unter 2.500 €	102,00 €	<input type="checkbox"/>
Beitragsklasse 5	2.500 € bis unter 4.500 €	117,60 €	<input type="checkbox"/>
Beitragsklasse 6	4.500 € bis unter 5.500 €	204,00 €	<input type="checkbox"/>
Beitragsklasse 7	ab 5.500 €	300,00 €	<input type="checkbox"/>
Schüler (§ 3 Abs. 3 Hauptsatzung)		36,00 €	<input type="checkbox"/>
Freiwillige Mitglieder (§ 3 Abs. 3 + 4 Hauptsatzung)		60,00 €	<input type="checkbox"/>

Kammerbeiträge sind steuerlich absetzbar

### 1. ZAHLUNGSMODALITÄTEN (Bitte zahlen Sie zum Ersten eines entsprechenden Monats)

Um Ihren Aufwand möglichst gering zu halten, erteilen Sie uns bitte eine jährliche Einzugsermächtigung per SEPA-Lastschrift-Mandat (siehe Rückseite)

a) für 2016 ist der Beitrag gesamt bis zum 31. 12. 2016 zu zahlen:

- entweder per  SEPA-Lastschrift (siehe Rückseite) oder  
 Überweisung: Bank für Sozialwirtschaft, DE13 5502 0500 0001 3950 00

b) ab 2017  jährlich (Feb.)  halbjährlich (Feb., Aug.)  vierteljährlich (Feb., Mai, Aug., Nov.)

Beitragszahlung per:  SEPA-Lastschrift (siehe Rückseite)  Dauerauftrag/Überweisung

**Bei Dauerauftrag/Überweisung: Tragen Sie in den Verwendungszweck immer folgende Angaben ein:**

**Ihre Mitglieds-Nr. bei der LPfK RLP sowie Ihren Nachnamen und Ihren Vornamen.**

Die in diesem Formular gemachten Angaben zur Selbsteinstufung gegenüber der Kammer müssen wahrheitsgemäß und vollständig sein. Ist dies nicht der Fall, können Verstöße entsprechend der Beitragsordnung mit einem Ordnungsgeld geahndet und zu einer Höhereinstufung führen.

Verändert sich das Gesamteinkommen aus pflegerischer Tätigkeit so, dass für das Kammermitglied eine andere Beitragsklasse in Betracht kommt und es sich entsprechend neu zuordnen muss, wird es dies der Kammer unverzüglich schriftlich melden.

Die Kammer wird die Angaben der Mitglieder zur Selbsteinstufung mit Ausnahme der Einstufung in die höchste Beitragsklasse nach den Bestimmungen der Beitragsordnung stichprobenmäßig überprüfen und kann dazu entsprechende Unterlagen über das Gesamteinkommen des Mitglieds anfordern. Das Kammermitglied ist verpflichtet, diese Unterlagen (z.B. Auszug aus dem Jahreseinkommenssteuerbescheid des Finanzamts oder Angaben des Steuerberaters) unverzüglich der Kammer zuzuleiten.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Mitglieds \_\_\_\_\_

### 2. SONSTIGES

Zur Vermeidung unzumutbarer Härten kann auf schriftlichen Antrag des Kammermitglieds der Beitrag gestundet, ermäßigt oder erlassen werden (§ 5 Abs. 1 Beitragsordnung).





## BEITRAGSMELDUNG

Name

Vorname

Straße

Postleitzahl

Stadt

### Landespflegekammer RLP

Beitrag

Große Bleiche 14 - 16

55116 Mainz

### 3. ZAHLUNGSFORMEN

**SEPA-Lastschrift-Mandat**

„Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (Postfach 2030, 55010 Mainz), Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.“

**Hinweis:**

Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.“

Kontoinhaber:  Mitglied selbst  abweichend

**BITTE IN DRUCKBÜCHSTABEN AUSFÜLLEN.**

Name, Vorname
Name des Kreditinstituts
IBAN
BIC

Unsere Gläubiger-ID lautet: DE62 ZZZO 0001 5407 65

Ihre Mandatsreferenz für unseren SEPA-Einzug: (7-stellig: Ihre Mitglieds-Nr. mit vorstehender 1)

**Zahlungsart:** Der Mitgliedsbeitrag ist eine wiederkehrende Zahlung.

Diese soll gelten:

ab sofort

ab dem \_\_\_\_., \_\_\_\_., \_\_\_\_ (TT.MM.JJJJ)

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber/in