

Versorgungswerk  
der Landesärztekammer Hessen  
Mitgliederbetreuung  
Mittlerer Hasenpfad 25  
60598 Frankfurt am Main

### Erklärung zur Einmalzahlung gemäß § 11 a der Satzung

1.	Persönliche Angaben:	
	Mitgliedsnummer:	
	Name:	Vorname:
	Geburtstag:	Anschrift:

2.	Einmalzahlung:
	Ich leiste eine Einmalzahlung in Höhe von EUR _____ Bei Einmalzahlungen geben Sie bitte folgenden Verwendungszweck an: „Einmalzahlung Jahr, Mitgliedsnummer, Name“

_____ den, _____	_____
(Ort)	(Datum) (Unterschrift)

