

# Rückantwortformular – Regelpflichtbeitrag für Selbständige

(bitte per Post oder per Telefax zurücksenden!)

Telefax-Nr. 0331/620 38 09

**Versorgungswerk der Steuerberater  
und Steuerbevollmächtigten im  
Land Brandenburg K. d. ö. R.  
Tuchmacherstraße 48 B  
14482 Potsdam**

\_\_\_\_ Name, Postanschrift des Mitgliedes:

.....  
.....  
.....  
.....

Mitgliedsnummer: .....

Ich bin ab dem .....

- ausschließlich selbständig tätig.
- als Gesellschafter-Geschäftsführer/in, jedoch nicht rentenversicherungspflichtig, tätig.

- 
- Ich möchte ab dem ..... den Regelpflichtbeitrag für selbständige Steuerberater gemäß § 32 Abs. 3 der Satzung (derzeit 748,65 EUR monatlich) zahlen.

.....  
*Ort / Datum*

.....  
*Unterschrift*

Datenschutzhinweis: Die Verarbeitung Ihrer hier abgefragten personenbezogenen Daten ist gem. Art. 6 Abs. 1c der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) rechtmäßig. Ausführliche Informationen zum Schutz Ihrer Daten erhalten Sie mit unseren Datenschutzhinweisen unter <https://www.stbk-brandenburg.de/Steuerberaterversorgungswerk>.