

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 ausschließlich selbständig tätig.
- ☐ Ich bin als Gesellschafter-Geschäftsführer/in, jedoch nicht rentenversicherungs-
pflichtig, tätig.

-
- ☐ Ich möchte ab dem den Regelpflichtbeitrag für selbständige
Steuerberater gemäß § 32 Abs. 3 der Satzung (derzeit 539,40 EUR monatlich) zahlen.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift