



## Für geschäftsführende Gesellschafterinnen/Gesellschafter

1

### Angaben zur Person

Name, Vorname		Mitgliedsnummer in der Kammer
Straße	Nummer	Mitgliedsnummer im Versorgungswerk
Postleitzahl	Ort	E-Mail
Telefon Büro		Telefon Privat

2

### Folgende Versorgungsabgabe möchte ich entrichten:

- die jeweilige Höchstabgabe gemäß § 23 Abs. 1 der Satzung (2.418 € mtl.).
- den jeweiligen Höchstbetrag der gesetzlichen Rentenversicherung (1.209 € mtl.).
- Ich bitte um Veranlagung mit 18,6 % meiner Berufseinkünfte.

Mein Jahreseinkommen wird ca.  € betragen.

### Nur bei Bürogründung

- Veranlagung gemäß § 20 Abs. 5 (Mindestbeitrag 181,35 € mtl.).

**Hinweis:** Für geschäftsführende Gesellschafterinnen/Gesellschafter einer GmbH wird die Sozialversicherungsfreiheit bzw. -pflicht von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) geprüft und festgestellt. Sollte eine solche Prüfung bereits erfolgt sein, bitten wir um Vorlage einer Kopie des schriftlichen Prüfungsergebnisses. Wenn die Prüfung noch nicht erfolgt ist, bitten wir, bei der DRV eine solche zu beantragen.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

**HIER UNTERSCHREIBEN**

Wenn Sie dem Versorgungswerk der AKNW ein Mandat für den monatlichen Einzug der Versorgungsabgaben von Ihrem Bankkonto geben wollen, dann nutzen Sie hierfür bitte das beigefügte SEPA-Lastschriftmandat.

Das unterschriebene Formular senden Sie bitte an das Versorgungswerk der AKNW, entweder per Fax an 0211. 49 23 8 63 oder als Anhang zum Kontaktformular auf unserer Internetseite: [vw-aknrw.de/kontakt](http://vw-aknrw.de/kontakt)

# SEPA-Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Versorgungswerk der Architektenkammer NRW  
Postfach 32 12 45, 40427 Düsseldorf  
Fax. 0211. 49 23 8-63, vw-aknrw.de/kontakt

Wiederkehrende Zahlungen  
ab Beitragsmonat

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(MM.JJJJ bitte einfügen)

rückständige  
Versorgungsabgaben  
ebenfalls einziehen

## Referenzangaben

Gläubiger-Identifikationsnummer  
DE74ZZZ00000293808

Mandatsreferenz

Name des Mitglieds

Mitgliedsnummer

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) das **Versorgungswerk der AKNW** Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom **Versorgungswerk der AKNW** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

## Angaben zur Kontoinhaberin / zum Kontoinhaber

Name, Vorname

Straße

Nummer

Postleitzahl

Ort

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Ort, Datum

Unterschrift (en)

Ausfertigung für den **Zahlungsempfänger**

# SEPA-Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Versorgungswerk der Architektenkammer NRW  
Postfach 32 12 45, 40427 Düsseldorf  
Fax. 0211. 49 23 8-63, vw-aknrw.de/kontakt

Wiederkehrende Zahlungen  
ab Beitragsmonat

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(MM.JJJJ bitte einfügen)

rückständige  
Versorgungsabgaben  
ebenfalls einziehen

## Referenzangaben

<i>Gläubiger-Identifikationsnummer</i> DE74ZZZ00000293808	<i>Mandatsreferenz</i>
<i>Name des Mitglieds</i>	<i>Mitgliedsnummer</i>

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) das **Versorgungswerk der AKNW** Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom **Versorgungswerk der AKNW** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

## Angaben zur Kontoinhaberin / zum Kontoinhaber

<i>Name, Vorname</i>	
<i>Straße</i>	<i>Nummer</i>
<i>Postleitzahl</i>	<i>Ort</i>
<i>IBAN</i>	
<i>BIC</i>	
<i>Kreditinstitut</i>	
<i>Ort, Datum</i>	<i>Unterschrift (en)</i>

Versorgungswerk  
der Architektenkammer NRW  
Postfach 32 12 45  
40427 Düsseldorf