

**Augenoptiker Ausgleichskasse VVaG**  
**Generationenweg 4**  
**44225 Dortmund**

gültig ab 01.07.2024  
Bitte unbedingt ankreuzen:

- U1/80 3,15 v.H.
- U1/70 2,95 v.H.
- U1/50 1,70 v.H.
- U2/100 0,70 v.H.

Ich/wir erkläre/n hiermit meinen/unseren Beitritt  
zur AKA mit Wirkung ab dem

\_\_\_\_\_ Datum

**Firma:**

Inh./Geschäftsführer:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Telefax:

E-Mail-Adresse:

vom Arbeitsamt vergebene Betr.-Nr.:

**Steuerberater**

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Fax.:

E-Mail-Adresse:

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift / Firmenstempel

Unsere Datenschutzhinweise sowie die Satzung und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen finden Sie auf unserer Internetseite: <https://www.aka-dortmund.de/aka/unternehmen/daten-zahlen-fakten/>