



**Augenoptiker  
Ausgleichskasse**

**Augenoptiker Ausgleichskasse VVaG  
Generationenweg 4  
44225 Dortmund**

Ich/wir erkläre/n hiermit meinen/unseren Beitritt zur AKA

Beitrittsbeginn

Bitte unbedingt ankreuzen:  
gültig ab 01.07.2021

U1/80%

2,64 v.H.

U1/70%

2,40 v.H.

U1/50%

1,55 v.H.

U2/100%

1,00 v.H.

**Firma**

vom Arbeitsamt vergebene Betr.-Nr.

Inh./Geschäftsführer

Telefon

Straße

Telefax

PLZ/Ort

E-Mail-Adresse

**Steuerberater**

Telefon

Straße

Fax

PLZ/Ort

E-Mail-Adresse

Datum

Unterschrift/ Firmenstempel

Unsere Datenschutzhinweise sowie die Satzung und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen finden Sie auf unserer Internetseite [www.aka-dortmund.de](http://www.aka-dortmund.de)