

Selbsteinstufung zum Kammerbeitrag 2024

Landesärztekammer Brandenburg
Geschäftsstelle Cottbus
Kammerbeitrag
Postfach 10 14 45
03014 Cottbus

Bitte nehmen Sie Ihre Selbsteinstufung auf umseitigem Vordruck vor und senden diesen an o.g. Anschrift zurück oder nehmen Sie Ihre Veranlagung im Mitgliederportal unter <https://portal.laekb.de> vor. Die Frist zur Abgabe der Selbsteinstufung ist der 01.03.2024.

Erläuterungen zur umseitigen Selbsteinstufung:

* Bemessungsjahr ist das Jahr 2022. Falls Sie im Jahr 2022 nicht ärztlich tätig waren, z. B. wegen Studium, Elternzeit etc. sind die Einkünfte des Jahres 2023 zur Berechnung des Beitrages heranzuziehen.

Mitglieder die im Jahr 2024 in den Ruhestand treten und keine weitere ärztliche Tätigkeit ausüben, zahlen einen anteiligen Beitrag nach vollen Monaten der ärztlichen Tätigkeit. Bei Beendigung der ärztlichen Tätigkeit vor dem 01.02.2024 bitte Eintrag in Beitragsstufe 4 und auf Änderungsmitteilung.

Weitere Hilfen zur Einordnung in die zutreffende Beitragsstufe und Feststellung der Bemessungsgrundlage sowie die Beitragsordnung in ihrer aktuellen Fassung finden Sie in unseren "Ausfüllhinweisen zur Selbsteinstufung" auf unserer Internetseite unter nebenstehendem QR-Code oder www.laekb.de/aerztin-und-arzt/mitgliedschaft/mitgliedsbeitrag



Für maschinelle Lesbarkeit:

- bitte Felder in Blockschrift ausfüllen (keinen roten Stift/Textmarker benutzen)
- unbenutzte Felder bitte nicht entwerten

Feld für Mitteilungen

Name: _____

Reg-Nr.:

Stellen Sie anhand Ihrer Tätigkeit am 1. Februar 2024 Ihren Beitragsstatus fest und ermitteln Sie Ihren Kammerbeitrag mit Hilfe der **Ausfüllhinweise auf unserer Internetseite**

1. Regulärer Beitrag:

Summe der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit im Bemessungsjahr 2022* € x 0,56% = € Beitrag

2. Mehrfachmitgliedschaft / doppelte Approbation:

Es besteht die Mitgliedschaft in der Landesärztekammer Brandenburg, der Berliner Ärztekammer und ggf. weiteren ÄK

Die Mitgliedschaft besteht in folgenden Ärztekammern: _____

Summe der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit im Bemessungsjahr 2022*

geteilt durch Anzahl der Mitgliedschaften: € x 0,56% = € Beitrag

Es besteht die Mitgliedschaft in der Landesärztekammer Brandenburg und weiteren ÄK (außer Berlin)

voraussichtlicher Anteil Tätigkeit in Brandenburg 2024 in %:

anteilige Einkünfte im Bemessungsjahr 2022* € x 0,56% = € Beitrag

3. Mindestbetrag 10,00 EUR:

Status am 1. Februar 2024:

Berufsbeginn 2024 nicht ärztlich tätig freiw. Mitglied Einkünfte unter 5.200 EUR

anderer Status (Nachweis erforderlich): _____
bei Mutterschutz/Elternzeit zusätzlich Zeitraum mitteilen _____

4. Ärztin / Arzt im Ruhestand:

keine Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit am 1. Februar 2024

geschätzte Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit in 2024 € x 0,56% = € Beitrag

Nachweis beigefügt: Einkommensteuerbescheid Lohnsteuerbescheinigung Besch. Steuerberater

vorläufige Veranlagung: es liegen noch keine Nachweise vor, der Kammerbeitrag ist geschätzt

Ich überweise o.g. Betrag innerhalb eines Monats auf das Konto der Landesärztekammer Brandenburg:
IBAN: DE20 3006 0601 0003 0484 11, BIC: DAAEDEDXXX, VWZ Kammerbeitrag 2024, Reg-Nr. (siehe oben)

Ich ermächtige die LÄKB einmalig, den Kammerbeitrag 2024 von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen:

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

Datum

Unterschrift