

Name

3

Reg.-Nr.

Selbsteinstufung Kammerbeitrag 2019

Stellen Sie anhand Ihrer Tätigkeit am 1. Februar 2019 Ihren Beitragsstatus fest und ermitteln Sie mit Hilfe der Ausfüllhinweise Ihren Kammerbeitrag

1. Regulärer Beitrag: s. Ausfüllhinweise Pkt. 1

Summe der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit im **Bemessungsjahr** , € x 0,42% = , € Beitrag

2. Mehrfachmitgliedschaft/doppelte Approbation: s. Ausfüllhinweise Pkt. 2

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

Die Mitgliedschaft besteht in folgenden Ärztekammern: _____

Summe der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit im **Bemessungsjahr** ,

geteilt durch Anzahl der Mitgliedschaften: **2** x 0,42% = , € Beitrag

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

voraussichtlicher Anteil Tätigkeit in Brandenburg 2019 in %: , daraus ergeben sich:

anteilige Einkünfte , € x 0,42% = , € Beitrag

3. Mindestbeitrag 10,00 EUR: s. Ausfüllhinweise Pkt. 3

Status am 1. Februar 2019:

arbeitslos nicht ärztl. tätig freiw. Mitgl. Einkünfte unter 5.200,00 EUR im Bemessungsjahr

anderer Status (bitte belegen): _____
bei Mutterschutz / Elternzeit bitte hier Zeitraum eintragen

4. Ärztin/Arzt im Ruhestand: s. Ausfüllhinweise Pkt. 4

keine Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit

geschätzte Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit in 2019 , € x 0,42% = , € Beitrag

In der Anlage übersende ich die Kopie des Einkommensteuerbescheides / der Lohnsteuerbescheinigung des Bemessungsjahres

vorläufige Selbsteinstufung bis zum Vorliegen des Nachweises

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 2019, RegNr. (siehe oben)

Ich ermächtige die LÄKB, den Kammerbeitrag 2019 einmalig von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen:

IBAN: D E

BIC:

Kontoinhaber:

Datum

Unterschrift

Selbsteinstufung zum Kammerbeitrag 2019

Landesärztekammer Brandenburg
Hauptgeschäftsstelle
Kammerbeitrag
Postfach 10 14 45
03014 Cottbus

Name _____
3
Reg.-Nr. _____

Bitte füllen Sie umseitige Veranlagung zum Kammerbeitrag aus und beachten Sie dabei folgende Hinweise zur Maschinenlesbarkeit:

- die Ermittlung des Beitrages ist nur in einer Beitragsstufe möglich
- verzichten Sie auf den Einsatz von Textmarkern
- verwenden Sie zum Ausfüllen einen schwarzen oder blauen Stift
- die Buchstaben bzw. Zahlen sollen eine Form ähnlich der folgenden aufweisen:

A B C D E F G H I J K L M N O Ö P Q R ☒
S B T U Ü V W X Y Z 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 ☒

- ungenutzte Felder bitte nicht streichen oder anderweitig entwerfen
- für Mitteilungen benutzen Sie bitte folgendes Feld: