

Selbsteinstufung zum Kammerbeitrag 2021

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
- bitte die Textfelder in Blockschrift ausfüllen
- ungenutzte Felder bitte nicht streichen oder anderweitig entwerfen
- für Mitteilungen benutzen Sie bitte folgendes Feld:

Datenschutzhinweis

Informationen zur Datenverarbeitung der Landesärztekammer Brandenburg finden Sie unter:
www.laekb.de/datenschutzinformation

Auf Anfrage senden wir Ihnen diese gern auch postalisch zu.