



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:  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:

BIC:

Kontoinhaber:

Datum

Unterschrift



**Selbsteinstufung zum Kammerbeitrag 2019**

Landesärztekammer Brandenburg  
Hauptgeschäftsstelle  
Kammerbeitrag  
Postfach 10 14 45  
03014 Cottbus

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	<input checked="" type="checkbox"/>	
S	B	T	U	Ü	V	W	X	Y	Z	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	<input checked="" type="checkbox"/>

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