

Fax: 0421/3404-209 E-Mail: beitrage@aekhb.de

Absender

An die
Ärztekammer Bremen / Beitrag
Postfach 10 77 29
28077 Bremen

ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN

1. Beitragsrelevantes Einkommen

Meine **sämtlichen** Einkünfte aus selbstständiger und/oder nichtselbstständiger ärztlicher Tätigkeit betragen im vorletzten Jahr _____ €

Zum Nachweis des Einkommens übersende ich anliegend

(bitte Summe eintragen)

- Einen Auszug aus meinem Einkommensteuerbescheid vom vorletzten Jahr oder
- Ich habe keine Einkommensteuererklärung gemacht, deshalb erhalten Sie eine Kopie meiner elektronischen Lohnsteuerbescheinigung vom vorletzten Jahr. Gleichzeitig bestätige ich, dass es sich hierbei um die **Gesamteinkünfte** aus ärztlicher Tätigkeit handelt.
- Mir liegt der Einkommensteuerbescheid vom vorletzten Jahr noch nicht vor. Ich beantrage einen vorläufigen Beitragsbescheid auf der Basis des letzten Jahres bzw. habe eine Bescheinigung meines Steuerberaters beigelegt.

Ausnahmen (bitte rechts das geschätzte Jahresbruttoeinkommen aus dem aktuellen Jahr eintragen) _____ €

- Ich bin im Bemessungsjahr (vorletztes Jahr) zum Mindestbeitrag veranlagt worden (bitte Summe eintragen)
- Ich habe die ärztliche Tätigkeit erst nach dem 01. Januar des letzten Jahres aufgenommen
- Mein aktuelles Einkommen weicht um mehr als 20% nach unten von dem aus dem vorletzten Jahr ab (z.B. wegen Elternzeit, Ruhestand im lfd. Jahr, längere Krankheit, Teilzeitstelle, Altersteilzeit)
- Bitte veranlagten Sie mich zum Höchstbeitrag von 2.500 Euro (ein Einkommensnachweis ist in diesem Fall nicht erforderlich)

2. Anzahl der kindergeldberechtigten Kinder zum Stichtag 1. Februar des Beitragsjahres

Wenn beide Elternteile Mitglied der Ärztekammer Bremen sind, dürfen kindergeldberechtigte Kinder nur bei einem Kammermitglied angegeben werden. _____

3. Zahlung des Kammerbeitrags

- Hiermit ermächtige ich die Ärztekammer Bremen widerruflich, den von mir zu zahlenden Kammerbeitrag von folgendem Konto einzuziehen:
(Weist mein Konto die erforderliche Deckung nicht auf, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung)
- Kontoverbindung wie im Vorjahr Kontoverbindung neu (s. unten)

IBAN _____

Kreditinstitut _____

Der Kammerbeitrag soll wie folgt abgebucht werden:

- in einer Summe zum 1. April in zwei Raten zum 1. April und 1. Oktober
- in vier Raten zum 1. April, 1. Juli, 1. Oktober und 1. Dezember (erst ab 100 Euro Jahresbeitrag möglich). Eine Abbuchung in Raten zu den genannten Terminen ist nur möglich, wenn Ihre Unterlagen zur Berechnung frühzeitig vorliegen. Andernfalls werden alle fälligen Raten zum nächstmöglichen Termin nach der Bearbeitung eingezogen. Dabei kann es vorkommen, dass mehrere Raten zeitgleich abgebucht werden.

4. Kammerbeitrag für freiwillige Mitglieder und nicht ärztlich tätige Pflichtmitglieder

- Ich war am 1. Februar des Beitragsjahres nicht ärztlich tätig und werde laut Satzung für dieses Jahr zum Mindestbeitrag von 25 Euro veranlagt (gilt nicht bei Altersteilzeit).

5. Kammerbeitrag für ZahnärztInnen und PsychotherapeutInnen

- Ich bin gleichzeitig Mitglied der Zahnärzte- bzw. Psychotherapeutenkammer, daher wird die Hälfte der Einkünfte zu Grunde gelegt.

Ort/Datum _____

Unterschrift _____