



Hinweis zum Datenschutz: Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt aufgrund § 18 Berliner Heilberufekammergesetz und der Beitragsordnung der Ärztekammer Berlin. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie online unter: www.aekb.de.

für Registriernummer:

Zutreffendes bitte in Druckschrift ausfüllen bzw. ankreuzen.

Ihr Kontakt (Tel./Fax):

E-Mail: mba@aekb.de

Datum:

Abgabe- und Zahlungstermin: 15.05.2021

Änderungen zu nebenstehenden Angaben:

Umzug seit:

nach Straße:

Ort:

Telefon/Fax:

Bitte nehmen Sie nachfolgend Ihre Beitragseinstufung vor. Wenn Ihnen Ihr Einkommensteuerbescheid (EkStB) 2019 noch nicht vorliegt, stufen Sie sich bitte vorläufig ein, um eine Festsetzung zu vermeiden! Vielen Dank!

A. Beitragsbemessung aufgrund ärztlicher Einkünfte im Jahr 2019:

Ich habe im Jahr 2019 folgende Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit erzielt

Einkünfte aus Gewerbebetrieb	€
Einkünfte aus selbständiger Arbeit	€
Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit gem. EkStB oder Bruttoarbeitslohn gem. Lohnsteuerbescheinigung abzgl. 1.000,- € Arbeitnehmerpauschbetrag	€
sonstige Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit	€
abzgl. der vom Finanzamt gewährten Behinderten- u. Pflegepauschbeträge	€
= Summe der voraufgeführten Einkünfte (nicht das zu versteuernde Einkommen!)	€
Es ergibt sich daraus folgende Beitragseinstufung: mit einem Beitrag i. H. v.	
Beitragsstufe gem. Beitragstabelle:	abzüglich Zahl der Kinderfreibeträge 2019:
	= Beitragsstufe:
	= €

B. Keine ärztlichen Einkünfte im Jahr 2019 gemäß Beitragsordnung:

Ich habe im Jahr 2019 keine Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit erzielt (z. B. noch keine Approbation, Verluste, keine Versteuerung in der Bundesrepublik Deutschland)

Ich veranlege daher die Beitragsstufe 3

€ - 60,-

C. Beitragsbemessung im Jahr 2021 entspricht Beitragsstufe 3:

Meine Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit werden im Jahr 2021 voraussichtlich der Beitragsstufe 3 entsprechen (z. B. ärztliche Einkünfte unter 20.000 € im Beitragsjahr)

Ich veranlege daher vorläufig einen Beitrag in Höhe von

(Ich reiche den Einkommensteuerbescheid 2021 nach, sobald er vorliegt.)

€ - 60,-

Nachweis: Der Beitragsveranlagung liegt eine Kopie des Einkommensteuerbescheides 2019 bei. (Bitte kennzeichnen und erläutern Sie auf dem Bescheid ausgewiesene o. g. Einkunftsarten, die nicht aus ärztlicher Tätigkeit stammen.) **ODER**

Nachweis: Da mir der Einkommensteuerbescheid (EkStB) 2019 noch nicht vorliegt, stufe ich den Beitrag **vorläufig** ein und reiche den EkStB innerhalb eines Monats nach Erhalt ein. **ODER**

Nachweis: Ich war im Jahr 2019 nicht zur Abgabe einer Steuererklärung verpflichtet und reiche ersatzweise die Lohnsteuerbescheinigung/en 2019 ein (gilt nur für angestellte Ärzte/Ärztinnen ohne weitere ärztliche Einkünfte). **ODER**

Nachweis: Einkünfte und ggf. Kinderfreibeträge gem. EkStB 2019 vom _____ (TT/MM/JJJJ) werden durch Stempel und Unterschrift meiner Steuerberaterin/meines Steuerberaters bestätigt.

Stempel Unterschrift Steuerberater/in

Registriernummer: _____ Name: _____



D. Mitgliedschaft in weiteren berufsständischen Kammern:

<input type="checkbox"/> Ich bin im Beitragsjahr 2021 zahlungspflichtiges Mitglied in den nachfolgend aufgeführten berufsständischen Kammern (z. B. andere Ärztekammer, Zahnärztekammer, IHK oder Handwerkskammer): _____					
Mein Beitrag ist daher durch die Zahl der Kammermitgliedschaften zu teilen:					
Beitrag gemäß Punkt A. oben	€	Dividiert durch die Zahl der Kammermitgliedschaften		= Beitrag (auf volle € kaufmännisch gerundet)	€
ODER: <input type="checkbox"/> Die Beitragsteilung ist für mich unverhältnismäßig, da ich an mindestens eine andere Kammer einen Beitrag gemäß den dort erzielten Einkünften zahlen muss. Den Zahlungsnachweis habe ich angefügt. Ich veranlasse meinen Beitrag daher ausschließlich aufgrund meiner im Jahr 2019 in Berlin erzielten Einkünfte.					
Beitragsstufe gem. Beitragstabelle:		abzüglich Zahl der Kinderfreibeträge 2019:		= Beitragsstufe:	= € (mind. - 60,-)

E. Mindestbeitrag:

<input type="checkbox"/> Ich bin zum 01.02.2021 nicht ärztlich tätig. Seit _____ (TT/MM/JJJJ) bin ich <input type="checkbox"/> Rentner/in, Pensionär/in, in Altersteilzeit <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> in Elternzeit, voraussichtl. bis _____ <input type="checkbox"/> Berufsfremd tätig als _____ (Tätigkeitsbeschreibung ist beigelegt / liegt vor) <input type="checkbox"/> Dauerhaft und schwer erkrankt (ärztliches Attest o. Ä. ist beigelegt) <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
Ich veranlasse daher den Mindestbeitrag in Höhe von	
	€ - 60,-
<input type="checkbox"/> Ich werde dauerhaft nicht mehr ärztlich tätig sein. Ich beantrage daher zusätzlich die Feststellung der dauerhaften Einstufung zum Mindestbeitrag , so dass ich mich zukünftig nicht mehr veranlassen muss.	

F. Antrag auf Befreiung von der Beitragszahlung:

<input type="checkbox"/> Ich beantrage eine Befreiung von der Beitragszahlung, da ich zum 01.02.2021 (Nachweis ist jeweils beigelegt) <input type="checkbox"/> Grundsicherung für Arbeitssuchende (Arbeitslosengeld II = Hartz IV) nach dem Zweiten Sozialgesetzbuch erhalte oder <input type="checkbox"/> Sozialleistungen nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch beziehe (z. B. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) <input type="checkbox"/> meinen Beruf nicht mehr ausübe und pflegebedürftig mindestens Pflegegrad 3 bin.
--

G. Härtefallanträge:

Der Beitrag kann zur Vermeidung erheblicher bzw. besonderer Härten **ganz oder teilweise gestundet** bzw. **erlassen** werden, z. B. bei vorübergehenden ernsthaften Zahlungsschwierigkeiten oder in unverschuldeter wirtschaftlicher Notlage. Der Antrag ist auf einem **separaten Blatt zu begründen und mit Nachweisen** zu versehen. Ich beantrage:

<input type="checkbox"/> Stundung des Beitrags	<input type="checkbox"/> teilweise Stundung des Beitrags	<input type="checkbox"/> Erlass des Beitrags	<input type="checkbox"/> Teilerlass des Beitrags
--	--	--	--

H. Angaben zur aktuellen ärztlichen Tätigkeit (Für weitere Tätigkeiten bitte gesondertes Blatt nutzen!):

1. Arbeitsstelle:	2. Arbeitsstelle:
Straße, Ort:	Straße, Ort:
tätig als: _____ seit: _____	tätig als: _____ seit: _____
wöchentliche Stundenzahl:	wöchentliche Stundenzahl:
Telefon/Fax/E-Mail:	Telefon/Fax/E-Mail:

I. Angaben zur Weiterbildung:

In Weiterbildung seit (Monat/Jahr): _____	zum Facharzt für/Schwerpunkt/Zusatzbezeichnung: _____
---	---

J. SEPA-Lastschriftmandat:

Datum : _____ Unterschrift : _____