

Hinweis zum Datenschutz: Die Verarbeitung Ihrer Beitragsdaten erfolgt aufgrund von § 18 Berliner Heilberufekammergesetz und der Beitragsordnung der Ärztekammer Berlin. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie online unter: [www.aekb.de](http://www.aekb.de)

für Registriernummer:

Ihr Kontakt (Tel./Fax):

E: [mba@aekb.de](mailto:mba@aekb.de)

Datum: 23. Februar 2023

Zutreffendes bitte in Druckschrift ausfüllen bzw. ankreuzen.

**Abgabe- und Zahlungstermin: 16.04.2023**

**Änderungen zu nebenstehenden Angaben:**

Umzug seit:

nach Straße:

Ort:

Telefon/Fax:

Bitte veranlagern Sie hier Ihren Beitrag. Wenn Ihnen Ihr Einkommensteuerbescheid (EkStB) 2021 noch nicht vorliegt, veranlagern Sie Ihren Beitrag bitte vorläufig, um eine Festsetzung zu vermeiden!

**A. Beitragsbemessung nach Einkünften aus ärztlicher Tätigkeit im Jahr 2021 (Beitragsbemessungsjahr):**

<input type="checkbox"/> Ich habe im Jahr 2021 folgende Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit erzielt:	
Einkünfte aus Gewerbebetrieb	€
Einkünfte aus selbständiger Arbeit	€
Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit gem. EkStB <u>oder</u> Bruttoarbeitslohn gem. Lohnsteuerbescheinigung abzgl. 1.000,- € Arbeitnehmerpauschbetrag	€
sonstige Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit	€
abzgl. der vom Finanzamt gewährten Behinderten- u. Pflegepauschbeträge	€
= Summe der voraufgeführten Einkünfte ( <u>nicht</u> das zu versteuernde Einkommen!)	€
Es ergibt sich daraus folgende Beitragseinstufung: mit einem Beitrag i. H. v.	
Beitragsstufe gem. Beitragstabelle:	abzüglich Zahl der Kinderfreibeträge 2021: = Beitragsstufe: = €

**B. Keine Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit im Jahr 2021 (Beitragsbemessungsjahr):**

<input type="checkbox"/> Ich habe im Jahr 2021 keine Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit erzielt (z. B. mangels Approbation, wegen Verlusten, mangels Versteuerung der Einkünfte in der Bundesrepublik Deutschland)
Ich veranlege daher den Beitrag in der Beitragsstufe 3 in Höhe von € - 60,-

**C. Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit im Jahr 2023 (Beitragsjahr) voraussichtlich unter 20.000 €:**

<input type="checkbox"/> Meine Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit werden im Jahr 2023 voraussichtlich unter 20.000 € liegen.
Ich veranlege daher vorläufig den Beitrag in der Beitragsstufe 3 in Höhe von (Ich reiche den Einkommensteuerbescheid 2023 nach, sobald er vorliegt.) € - 60,-

<input type="checkbox"/> <b>Nachweis:</b> Der Beitragsveranlagung liegt eine Kopie des EkStB 2021 bei. (Bitte kennzeichnen und erläutern Sie auf dem Bescheid ausgewiesene o. g. Einkunftsarten, die nicht aus ärztlicher Tätigkeit stammen.) <b>ODER</b>
<input type="checkbox"/> <b>Nachweis:</b> Da mir der EkStB 2021 noch nicht vorliegt, stufe ich den Beitrag <b>vorläufig</b> ein und reiche den EkStB innerhalb eines Monats nach Erhalt ein. <b>ODER</b>
<input type="checkbox"/> <b>Nachweis:</b> Ich war im Jahr 2021 nicht zur Abgabe einer Steuererklärung verpflichtet und reiche ersatzweise die Lohnsteuerbescheinigung/en 2021 ein (gilt nur für angestellte Ärzte/Ärztinnen ohne weitere ärztliche Einkünfte). <b>ODER</b>
<input type="checkbox"/> <b>Nachweis:</b> Einkünfte und ggf. Kinderfreibeträge gem. EkStB 2021 vom _____ (TT/MM/JJJJ) werden durch Stempel und Unterschrift meiner Steuerberaterin/meines Steuerberaters bestätigt.

Stempel Unterschrift Steuerberater:in

Registriernummer:

Name:

**D. Mitgliedschaft in weiteren Landesärztekammern**

<input type="checkbox"/> Ich bin im Beitragsjahr 2023 zahlungspflichtiges Mitglied in nachfolgend aufgeführten weiteren Landesärztekammern:					
<input type="checkbox"/> 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)	€ (mind. - 60,-€)
<b>ODER:</b> <input type="checkbox"/> Die Beitragsteilung ist für mich unverhältnismäßig, da ich an mindestens eine andere Landesärztekammer einen Beitrag gemäß den dort erzielten Einkünften zahlen muss. Den Zahlungsnachweis habe ich angefügt. <b>Ich veranlasse meinen Beitrag daher ausschließlich aufgrund meiner im Jahr 2021 in Berlin erzielten Einkünfte.</b>					
Beitragsstufe gem. Beitragstabelle:		abzüglich Zahl der Kinderfreibeträge 2021:		= Beitragsstufe:	= € (mind. - 60,- €)

**E. Mitgliedschaft in weiteren berufsständischen Kammern**

<input type="checkbox"/> Ich bin im Beitragsjahr 2023 aufgrund einer ärztlichen Tätigkeit zahlungspflichtiges Mitglied in nachfolgend aufgeführten weiteren berufsständischen Kammern (Zahnärztekammer, Psychotherapeutenkammer, IHK):	
Ich veranlasse daher den Beitrag in der Beitragsstufe 8 in Höhe von	€ - 180,-

**F. Mitgliedschaft in weiteren Landesärztekammern und in weiteren berufsständischen Kammern**

<input type="checkbox"/> Günstigerprüfung bei Mitgliedschaften in mehreren Landesärztekammern und berufsständischen Kammern:	
<input type="checkbox"/> Mein Beitrag nach Punkt D. ist günstiger als nach Punkt E. Ich veranlasse daher	€ (mind. - 60,- €)
<input type="checkbox"/> Mein Beitrag nach Punkt E. ist günstiger als nach Punkt D. Ich veranlasse daher	€ - 180,-

**G. Mindestbeitrag:**

<input type="checkbox"/> Ich bin zum 01.02.2023 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 <b>zusätzlich die Festsetzung dauerhafter Zahlung des Mindestbeitrags</b> , so dass ich mich bis auf Widerruf zukünftig nicht mehr veranlassen muss.		

**H. Antrag auf Befreiung von der Beitragszahlung:**

<input type="checkbox"/> Ich beantrage eine Befreiung von der Beitragszahlung, da ich im Beitragsjahr (Nachweis ist jeweils beigelegt)	
<input type="checkbox"/> Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem Zweiten Sozialgesetzbuch erhalte (Bürgergeld) 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 nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 bin.	

**I. Härtefallantrag:**

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
------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	----------------------------------------------	--------------------------------------------------

**J. Angaben zur aktuellen ärztlichen Tätigkeit (für weitere Tätigkeiten bitte gesondertes Blatt nutzen!):**

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

**K. Angaben zur Weiterbildung:**

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

**L. SEPA-Lastschriftmandat:**

--

Datum	Unterschrift
-------	--------------