

Ärztekammer Nordrhein
Beitragsabteilung
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

**Bitte füllen Sie das Formular aus und
senden es unterschrieben zurück.**

Mitgliedsnummer (falls zur Hand): _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Fax-Nr.: (0800) 0005861
E-Mail: beitrag@aekno.de

**Einstufung zum Ärztekammerbeitrag 2020 gemäß § 4 Abs. 1 der Beitragsordnung der
Ärztekammer Nordrhein**

Nach meinen Einkünften aus ärztlicher Tätigkeit im Jahre **2018** (falls 2018 keine Einkünfte erzielt wurden, sind die Einkünfte des Jahres 2019 zugrunde zu legen!) in Höhe von _____ Euro falle ich in die

Beitragsgruppe:

=

Jahresbeitrag:

€

Datum, Unterschrift (Mitglied)

Zum Nachweis der Gesamteinkünfte aus ärztlicher Tätigkeit liegt bei:

- Kopie meines **Einkommensteuerbescheids 2018**
- (nachstehende) **Bestätigung meiner Steuerberaterin / meines Steuerberaters:**
Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben bestätige ich hiermit:

Datum, Unterschrift, Stempel (Steuerberater/in)

- Der Einkommensteuerbescheid **2018** liegt mir noch nicht vor. Ich stufe mich daher **vorläufig** ein und beantrage eine **Fristverlängerung** bis zum _____ 2020.
- Kopie(n) des Ausdrucks der elektronischen Lohnsteuerbescheinigung(en) für 2018**
Bruttoarbeitslohn abzüglich 1.000,00 Euro Werbungskosten-Pauschale. (Dieser Ausdruck kann als Nachweis dienen, wenn Sie nicht verpflichtet sind, eine Steuererklärung bei dem für Sie zuständigen Finanzamt abzugeben!)
- Am Veranlagungsstichtag **1. Februar 2020** Beitragsgruppe 000 / Jahresbeitrag 15,00 Euro – ohne ärztliche Tätigkeit, weil
 - Arbeitslosigkeit:** von _____ bis _____ (kein Nachweis erforderlich)
 - Elternzeit:** von _____ bis _____
(Arbeitgeberbescheinigung über den zeitlichen Umfang der Elternzeit bitte beifügen!)
 - Ruhestand:** seit _____ (ohne Nebentätigkeit)

