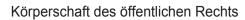
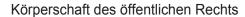
## LANDESÄRZTEKAMMER BRANDENBURG





		Name 3		Ī	
Selbsteinstufung Kan	nmerbeitrag 2019	RegNr.		2	
Stellen Sie anhand Ihrer Täti Ausfüllhinweise Ihren Kamn	_	9 Ihren Beitragsstatus	fest und err	nitteln Sie mit Hilfe der	
1. Regulärer Beitra	ag:			s. Ausfüllhinw	eise Pkt. 1
Summe der Einkünfte aus ärztli Tätigkeit im <u>Bemessungsjahr</u>			E x 0,42% =		€ Beitrag
2. Mehrfachmitgli	edschaft/doppelte A	pprobation:		s. Ausfüllhinw	eise Pkt. 2
Es besteht die Mitgliedsc	haft in der Landesärztekam	mer Brandenburg, der <u>Be</u>	rliner Ärzteka	mmer und ggf. einer weite	ren ÄK
Die Mitgliedschaft beste	ht in folgenden Ärztekamme	rn:			
Summe der Einkünfte aus Tätigkeit im <u>Bemessung</u>		, ,			
	geteilt durch Anzahl der Mit	gliedschaften: 2	x 0,42% =	, ,	€ Beitrag
Es besteht die Mitgliedsc	haft in der Landesärztekam	mer Brandenburg und ein	er weiteren Ä	K (außer Berlin)	
voraussichtlicher Anteil 1	Fätigkeit in Brandenburg 201	L9 in %: ,	daraus ergeb	en sich:	
anteilige Einkünfte		,	£ x 0,42% =		€ Beitrag
3. Mindestbeitrag	10,00 EUR:			s. Ausfüllhinw	eise Pkt. 3
Status am 1. Februar 2019:					
arbeitslos	nicht ärztl. tätig	freiw. Mitgl.	Einkünfte	unter 5.200,00 EUR im Be	emessungsjahr
anderer Status (bitte bele bei Mutterschutz / Elterr	egen): nzeit bitte hier Zeitraum eint	 ragen			
4. Ärztin/Arzt im R	Ruhestand:			s. Ausfüllhinw	eise Pkt. 4
keine Einkünfte aus ärztli	icher Tätigkeit				
geschätzte Einkünfte aus ärztli Tätigkeit in 2019	cher	,	€ x 0,42% =	, , ,	€ Beitrag
In der Anlage übersende i	ich die Kopie des Einkomme	nsteuerbescheides / der	Lohnsteuerbe	scheinigung des Bemessur	ngsjahres
vorläufige Selbsteinstufu	ng bis zum Vorliegen des Na	chweises			
	s innerhalb eines Monats auf 0003 0484 11, BIC: DAAEI			_	
Ich ermächtige die LÄKB,	, den Kammerbeitrag 2019 e	einmalig von meinem Kor	nto mittels Las	stschrift einzuziehen:	
IBAN: DE					
BIC:					
Kontoinhaber:					
		Datum		Unterschrift	

## LANDESÄRZTEKAMMER BRANDENBURG





## Selbsteinstufung zum Kammerbeitrag 2019

Landesärztekammer Brandenburg Hauptgeschäftsstelle Kammerbeitrag Postfach 10 14 45 03014 Cottbus

Name						
3	 - 7	 -[				
RegNr.	 	 _ i	2			

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

- für Mitteilungen benutzen Sie bitte folgendes Feld:

- verwenden Sie zum Ausfüllen einen schwarzen oder blauen Stift
- die Buchstaben bzw. Zahlen sollen eine Form ähnlich der folgenden aufweisen:



- ungenutzte Felder bitte nicht streichen oder anderweitig entwerten