



**Selbsteinstufung zum Kammerbeitrag 2020**

Landesärztekammer Brandenburg  
Hauptgeschäftsstelle  
Kammerbeitrag  
Postfach 10 14 45  
03014 Cottbus

---

Name  
3  
Reg.-Nr.

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
- verwenden Sie zum Ausfüllen einen schwarzen oder blauen Stift
- bitte die Textfelder in Blockschrift ausfüllen
- ungenutzte Felder bitte nicht streichen oder anderweitig entwerfen
- für Mitteilungen benutzen Sie bitte folgendes Feld:

**Datenschutzhinweis**

Informationen zur Datenverarbeitung der Landesärztekammer Brandenburg finden Sie unter:  
[www.laekb.de/datenschutzinformation](http://www.laekb.de/datenschutzinformation)

Auf Anfrage senden wir Ihnen diese gern auch postalisch zu.