

Mitgl.Nr.

Absender:

Adressänderung: siehe Rückseite!

Ärztchammer Hamburg
Abteilung Beitrag
Postfach 76 01 09
22051 Hamburg

Wichtig !
Abgabefrist endet am 15. Mai 2024

Beitragsveranlagung für 2024

- Der erforderliche Auszug aus dem Einkommensteuerbescheid liegt bei
- Alternativ ist eine schriftliche Bestätigung einer Steuerberaterin oder eines Steuerberaters beigefügt. Ein entsprechendes Formular ist auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg zum Herunterladen verfügbar.
- Es liegt eine Doppelmitgliedschaft vor, der Tätigkeitsumfang für 2024 in Hamburg beträgt (in Prozent) %
- Vorläufige Schätzung der Einkünfte, Steuerbescheid wird nachgereicht
- Ich reiche keine Einkommensteuererklärung für 2022 ein, deshalb erhalten Sie eine Kopie meiner elektronischen Lohnsteuerbescheinigung. Weitere Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit wurden nicht erzielt.
- Rentner/innen mit ärztlicher Tätigkeit: Auf Antrag kann eine Berechnung mit geschätzten Einkünften aus dem aktuellen Beitragsjahr berücksichtigt werden (§ 4 Abs. 4). Formloser Antrag liegt bei.
- Mindestbeitrag € 60 (z. B. Rentner/innen ohne ärztl. Tätigkeit, Auslandsaufenthalt, Aufnahme der 1. ärztl. Tätigkeit im Jahr 2024)
- Höchstbeitrag € 5.500; ein Nachweis der Einkünfte ist nicht erforderlich

Nach meinen Einkünften aus ärztlicher Tätigkeit im Jahr 2022 ergibt sich folgender Beitrag

(wurden in 2022 keine Einkünfte erzielt, sind Einkünfte aus 2023 zugrunde zu legen)

(Achtung: Einkünfte sind nicht das zu versteuernde Einkommen – siehe „Erläuterungen“ auf der Seite zuvor)

Einkünfte (Euro)

x 0,49 % =

Beitrag (Euro)

Datum, Unterschrift des Kammermitglieds

Bitte auch die Rückseite ausfüllen (SEPA-Lastschriftmandat, Adressänderung)

1. Sie haben der Ärztekammer eine Lastschrift erteilt?

Die Ärztekammer Hamburg, Gläubiger-ID DE7ZZZ00000217505, zieht frühestens 14 Tage nach Kenntnisnahme Ihrer umseitigen Veranlagung den Kammerbeitrag mit der Mandatsreferenz vom Konto ein.

Wenn sich Ihre Bankverbindung geändert hat, erteilen Sie bitte unter 2. ein neues Mandat.

2. Sie überweisen bisher und möchten zukünftig per Lastschrift zahlen?

Erteilen Sie uns dazu einfach das folgende SEPA-Lastschriftmandat:

- Ich ermächtige die Ärztekammer Hamburg, Weidestraße 122b, 22083 Hamburg, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift unter der Gläubiger-ID: DE7ZZZ00000217505 und der Mandatsreferenz einzuziehen. Mit diesem Mandat weise ich zugleich mein Kreditinstitut an, die von der Ärztekammer Hamburg auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Name des Kreditinstitutes

Vorname und Name des Kontoinhabers, Anschrift (falls vom Mitglied abweichend)

Datum, Unterschrift des Kontoinhabers

3. Sie möchten den Beitrag überweisen?

Kontoverbindung der Ärztekammer Hamburg:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
BIC: DAAEDEDXXX
IBAN: DE62 3006 0601 0201 3461 13

Meine Privat-Anschrift hat sich geändert:

seit (Datum TT.MM.JJJJ)

Straße, Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl, Ort

Telefon

E-Mail

Meine Dienst-Anschrift hat sich geändert:

seit (Datum TT.MM.JJJJ)

Praxisname / Arbeitgeber / Krankenhaus

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon

E-Mail