

Absender:

Adressänderung: siehe Rückseite!

Ärztchammer Hamburg  
Abteilung Beitrag  
Postfach 76 01 09  
22051 Hamburg

### Beitragsveranlagung für 2019

- Einkommensteuerbescheid liegt bei
- Vorläufig wie im Vorjahr, Steuerbescheid wird nachgereicht
- Vorläufige Schätzung, Steuerbescheid wird nachgereicht
- Ich reiche keine Einkommensteuererklärung für 2017 ein, deshalb erhalten Sie eine Kopie meiner elektronischen Lohnsteuerbescheinigung. Weitere Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit wurden nicht erzielt.
- Rentner mit ärztlicher Tätigkeit = Einkünfte 2017 x 0,55 %
- Mindestbeitrag € 60,- (z. B. Rentner ohne ärztl. Tätigkeit)

**Nach meinen Einkünften aus ärztlicher Tätigkeit im Jahr 2017 ergibt sich folgender Beitrag** (Achtung: Einkünfte sind nicht das zu versteuernde Einkommen – siehe Erläuterungen auf der Homepage)

Einkünfte (Euro)		Beitrag (Euro)
	<b>x 0,55 % =</b>	

Die Richtigkeit wird hiermit bestätigt.

-----  
Stempel und Unterschrift des Steuerberaters

-----  
Datum, Unterschrift des Kammermitglieds

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

**Hinweise:**

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

Ihre IBAN und BIC finden Sie:

- auf Ihrer Kontokarte (ggf. Rückseite)
- auf Ihren Kontoauszügen

Sonst sprechen Sie bitte Ihr Kreditinstitut an.

**SEPA-Lastschriftmandat**

für die Ärztekammer Hamburg, Weidestraße 122b, 22083 Hamburg  
Gläubiger-ID: DE72ZZZ00000217505, die Mandatsreferenz ist

Ich ermächtige die Ärztekammer Hamburg, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift 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**

**Meine Privat-Anschrift hat sich geändert:**

-----  
seit (Datum TT.MM.JJJJ)

-----  
Straße, Hausnummer

-----  
Postleitzahl, Ort

-----  
Telefon

-----  
E-Mail

**Meine Dienst-Anschrift hat sich geändert:**

-----  
seit (Datum TT.MM.JJJJ)

-----  
Straße, Hausnummer

-----  
Postleitzahl, Ort

-----  
Telefon

-----  
E-Mail