

Absender:

Adressänderung: siehe Rückseite!

Ärztammer Hamburg
Abteilung Beitrag
Postfach 76 01 09
22051 Hamburg

Beitragsveranlagung für 2021

- Einkommensteuerbescheid liegt bei
- Vorläufig wie im Vorjahr, Steuerbescheid wird nachgereicht
- Vorläufige Schätzung, Steuerbescheid wird nachgereicht
- Ich reiche keine Einkommensteuererklärung für 2019 ein, deshalb erhalten Sie eine Kopie meiner elektronischen Lohnsteuerbescheinigung. Weitere Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit wurden nicht erzielt.
- Rentner mit ärztlicher Tätigkeit = Einkünfte 2019 x 0,55 %
- Mindestbeitrag € 60,- (z. B. Rentner ohne ärztl. Tätigkeit)

Nach meinen Einkünften aus ärztlicher Tätigkeit im Jahr 2019 ergibt sich folgender Beitrag (Achtung: Einkünfte sind nicht das zu versteuernde Einkommen – siehe „Erläuterungen“ auf der Seite zuvor)

Einkünfte (Euro)		Beitrag (Euro)
	x 0,55 % =	

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) oder 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

Melden Sie sich im Mitgliederportal der Ärztekammer Hamburg an!

Im Mitgliederportal können Sie Ihre Meldedaten verwalten, das Fortbildungskonto einsehen und einen elektronischen Arztausweis beantragen. Auch das neu eingeführte eLogbuch im Zuge der neuen Weiterbildungsordnung ist über das Mitgliederportal erreichbar. Registrieren Sie sich hierfür im Portal unter <https://portal.aerztekammer-hamburg.org> oder über die Webseite www.aerztekammer-hamburg.de. Vielen Dank!