

Ärztekammer Nordrhein
Beitragsabteilung
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Bitte füllen Sie das Formular aus und
senden es unterschrieben zurück.

Mitgliedsnummer (falls zur Hand): _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Fax-Nr.: (0800) 0005861
E-Mail: beitrag@aeckno.de

**Einstufung zum Ärztekammerbeitrag 2026 gemäß § 4 Abs. 1 der Beitragsordnung der
Ärztekammer Nordrhein**

Nach meinen Einkünften aus ärztlicher Tätigkeit im Jahre **2024** (falls 2024 keine Einkünfte erzielt wurden, sind die Einkünfte des Jahres 2025 zugrunde zu legen!) in Höhe von _____ Euro falle ich in die

Beitragsgruppe:

=

Jahresbeitrag:

€

Datum, Unterschrift (Mitglied)

Zum Nachweis der Gesamteinkünfte aus ärztlicher Tätigkeit liegt bei:

- ☐ Kopie meines **Einkommensteuerbescheids 2024**
☐ (nachstehende) **Bestätigung meiner Steuerberaterin / meines Steuerberaters:**
Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben bestätige ich hiermit:

Datum, Unterschrift, Stempel (Steuerberater/in)

- ☐ Der Einkommensteuerbescheid **2024** liegt mir noch nicht vor. Ich stufe mich daher **vorläufig** ein (*bitte oben eine Beitragsgruppe eintragen*) und beantrage für die Zusendung des Einkommenssteuerbescheids 2024 eine **Fristverlängerung** bis zum _____ 2026.
☐ **Kopie(n) des Ausdrucks der elektronischen Lohnsteuerbescheinigung(en) für 2024**
Bruttoarbeitslohn abzüglich 1.230,00 Euro Werbungskosten-Pauschale. (Dieser Ausdruck kann als Nachweis dienen, wenn Sie nicht verpflichtet sind, eine Steuererklärung bei dem für Sie zuständigen Finanzamt abzugeben!)
- ☐ Am Veranlagungstichtag **1. Februar 2026** – Beitragsgruppe 00 / Jahresbeitrag 15,00 Euro – ohne ärztliche Tätigkeit, weil

Elternzeit: von _____ bis _____
(Arbeitgeberbescheinigung über den zeitlichen Umfang der Elternzeit bitte beifügen!)

Ruhestand: seit _____ (ohne Nebentätigkeit)

**Falls erforderlich nutzen Sie die nachfolgenden Zeilen für Ihre
beitragsrelevanten Notizen**

Sollten Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben, werden wir den Kammerbeitrag von dem uns bekannten Bankkonto nach dem SEPA-Basis-Lastschriftverfahren abbuchen. Anderenfalls bitten wir um Überweisung des Beitrages innerhalb von 14 Tagen auf das Konto der Ärztekammer Nordrhein:

**Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG,
IBAN DE89 3006 0601 0001 1452 90 / BIC DAAEDED**

**Ärztekammer Nordrhein
Beitragsabteilung
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf**