

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](mailto:beitrag@aeckno.de)

---

**Einstufung zum Ärztekammerbeitrag 2017 gemäß § 4 Abs. 1 der Beitragsordnung der  
Ärztekammer Nordrhein**

Nach meinen Einkünften aus ärztlicher Tätigkeit im Jahre **2015** (falls 2015 keine Einkünfte erzielt wurden, sind die Einkünfte des Jahres 2016 zugrunde zu legen!) in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro falle ich in die

**Beitragsgruppe:**

=

**Jahresbeitrag:**

€

**Zum Nachweis der Gesamteinkünfte aus ärztlicher Tätigkeit liegt bei:**

- Kopie meines **Einkommensteuerbescheids 2015**
- (nachstehende) **Bestätigung meiner Steuerberaterin / meines Steuerberaters:**  
Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben bestätige ich hiermit:

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift, Stempel (Steuerberater/in)

- Der Einkommensteuerbescheid **2015** liegt mir noch nicht vor. Ich stufe mich daher **vorläufig** ein und beantrage eine **Fristverlängerung** bis zum \_\_\_\_\_ 2017.
- Kopie(n) des Ausdrucks der elektronischen Lohnsteuerbescheinigung(en) für 2015**  
Bruttoarbeitslohn abzüglich 1.000,00 Euro Werbungskosten-Pauschale. (Dieser Ausdruck kann als Nachweis dienen, wenn Sie nicht verpflichtet sind, eine Steuererklärung bei dem für Sie zuständigen Finanzamt abzugeben!)
- Am Veranlagungsstichtag – **1. Februar 2017** – Beitragsgruppe 00 / Jahresbeitrag 15,00 Euro – ohne ärztliche Tätigkeit, weil  
**Arbeitslosigkeit:** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (kein Nachweis erforderlich)  
**Elternzeit:** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
(Arbeitgeberbescheinigung über den zeitlichen Umfang der Elternzeit bitte beifügen!)  
**Ruhestand:** seit \_\_\_\_\_ (ohne Nebentätigkeit)

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

**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**