

für Registriernummer:

Ihr Kontakt (T/F):
E: mba@aekb.de
Datum: 19. Februar 2025

Abgabe- und Zahlungstermin: 15.04.2025

Änderungen zu nebenstehenden Angaben:

Umzug seit:
nach Straße:
Ort:
Telefon/Fax:

Liegt Ihnen Ihr Einkommensteuerbescheid (EkStB) 2023 nicht vor, veranlagen Sie den Beitrag bitte **vorläufig**, um eine Festsetzung zu vermeiden!

A. Beitragsbemessung nach Einkünften aus ärztlicher Tätigkeit im Jahr 2023 (Beitragsbemessungsjahr):

Ich habe im Jahr 2023 folgende Einkünfte aus ärztlicher bzw. anderer heilberuflicher Tätigkeit erzielt:

Einkünfte aus Gewerbebetrieb	€
Einkünfte aus selbständiger Arbeit	€
Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit gem. EkStB <u>oder</u> Bruttoarbeitslohn gem. Lohnsteuerbescheinigung abzgl. 1.230,- € Arbeitnehmerpauschbetrag	€
sonstige Einkünfte aus ärztlicher bzw. anderer heilberuflicher Tätigkeit	€
abzgl. der vom Finanzamt gewährten Behinderten- u. Pflegepauschbeträge	€
= Summe der voraufgeführten Einkünfte (nicht das zu versteuernde Einkommen!)	€
Es ergibt sich daraus folgende Beitragseinstufung: mit einem Beitrag i. H. v.	
Beitragsstufe gem. Beitragstabelle:	abzüglich Zahl der Kinderfreibeträge 2023: = Beitragsstufe: = €

B. Keine Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit im Jahr 2023 (Beitragsbemessungsjahr):

Ich habe im Jahr 2023 keine Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit erzielt (z. B. mangels Approbation, wegen Verlusten, mangels Versteuerung der Einkünfte in der Bundesrepublik Deutschland)

Ich veranlege daher den Beitrag in der Beitragsstufe 3 in Höhe von € 60,-

C. Ausnahme: nur ausfüllen, wenn die Beitragsbemessung nach den Einkünften 2025 abweichend von der Beitragsbemessung nach den Einkünften 2023 (A.) voraussichtlich der Beitragsstufe 3 entspricht.

Ich erziele im Jahr 2025 voraussichtlich Einkünfte aus ärztlicher bzw. anderer heilberuflicher Tätigkeit in Höhe von:

voraussichtliche Einkünfte	€
abzgl. der vom Finanzamt gewährten Behinderten- und Pflegepauschbeträge	€
= Summe	€
Es ergibt sich daraus folgende Beitragseinstufung: mit einem Beitrag i. H. v.	
Beitragsstufe gem. Beitragstabelle:	abzüglich Zahl der Kinderfreibeträge 2025: = Beitragsstufe: * = €

* Ergibt die Bemessung des Beitrags nach C. nicht die Beitragsstufe 3, hat die Bemessung des Beitrags nach A. Vorrang.

D. Mitgliedschaft in weiteren Landesärztekammern

Ich bin im Beitragsjahr 2025 zahlungspflichtiges Mitglied in weiteren nachfolgend aufgeführten Landesärztekammern:

Mein Beitrag ist daher durch die Zahl der Kammermitgliedschaften zu teilen:

Beitrag gem. A.	€	dividiert durch Zahl der Kammermitgliedschaften	= Beitrag (auf volle € kaufmännisch gerundet)	€	(mind. € 60,-)
-----------------	---	---	---	---	----------------

ODER: Die Beitragsteilung ist unverhältnismäßig, weil ich an mindestens eine andere Landesärztekammer einen Beitrag zahlen muss. Den Zahlungsnachweis habe ich angefügt.

Ich veranlege meinen Beitrag daher ausschließlich aufgrund meiner im Jahr 2023 in Berlin erzielten Einkünfte.

Beitragsstufe gem. Beitragstabelle:	abzüglich Zahl der Kinderfreibeträge 2023: = Beitragsstufe: = €	(mind. € 60,-)
-------------------------------------	---	----------------

E. Mitgliedschaft in weiteren berufsständischen Kammern

<input type="checkbox"/> Ich bin im Beitragsjahr 2025 aufgrund einer ärztlichen Tätigkeit zahlungspflichtiges Mitglied in den nachfolgend aufgeführten berufsständischen Kammern (Zahnärztekammer, Psychotherapeutenkammer, IHK):		
Günstigerprüfung	<input type="checkbox"/> Ich veranlasse daher den Beitrag in der Beitragsstufe 8 in Höhe von (oder)	€ 180,-
	<input type="checkbox"/> Meine Einkünfte aus heilberuflicher Tätigkeit bemessen nach A. entsprechen der Beitragsstufe 3, 4, oder 5. Ich veranlasse daher	€ 60,-

F. Mitgliedschaft in weiteren Landesärztekammern und in weiteren berufsständischen Kammern

<input type="checkbox"/> Günstigerprüfung bei Mitgliedschaften in mehreren Landesärztekammern und berufsständischen Kammern:		
<input type="checkbox"/> Mein Beitrag bemessen nach D. ist günstiger als bemessen nach E. Ich veranlasse daher	€	(mind. € 60,-)
<input type="checkbox"/> Mein Beitrag bemessen nach E. ist günstiger als bemessen nach D. Ich veranlasse daher		€ 180,-

G. Nachweise

<input type="checkbox"/> Nachweis: Der Beitragsveranlagung liegt eine Kopie des EkStB 2023 bei. (Bitte kennzeichnen und erläutern Sie auf dem Bescheid ausgewiesene o. g. Einkunftsarten, die nicht aus ärztlicher bzw. anderer heilberuflicher Tätigkeit stammen.) ODER	
<input type="checkbox"/> Nachweis: Da mir der EkStB 2023 noch nicht vorliegt, stupe ich den Beitrag vorläufig ein und reiche den EkStB innerhalb eines Monats nach Erhalt ein. ODER	
<input type="checkbox"/> Nachweis: Ich war im Jahr 2023 nicht zur Abgabe einer Steuererklärung verpflichtet und reiche ersatzweise die Lohnsteuerbescheinigung/en 2023 ein (gilt nur für angestellte Ärzte/Ärztinnen ohne weitere ärztliche Einkünfte). ODER	
<input type="checkbox"/> Nachweis: Einkünfte und ggf. Kinderfreibeträge gem. EkStB 2023 vom _____ (TT/MM/JJJJ) werden durch Stempel und Unterschrift meiner Steuerberaterin/meines Steuerberaters bestätigt.	Stempel und Unterschrift Steuerberaterin/Steuerberater

H. Mindestbeitrag

<input type="checkbox"/> Ich bin zum 01.02.2025 nicht ärztlich tätig. Seit _____ (TT/MM/JJJJ) bin ich	
<input type="checkbox"/> Rentner:in, Pensionär:in, in Altersteilzeit	<input type="checkbox"/> arbeitslos
<input type="checkbox"/> berufsfremd tätig als _____ (Tätigkeitsbeschreibung ist beigelegt / liegt vor)	<input type="checkbox"/> in Elternzeit, voraussichtl. bis _____
<input type="checkbox"/> dauerhaft und schwer erkrankt (ärztliches Attest o. Ä. ist beigelegt)	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Ich veranlasse daher den Mindestbeitrag in Höhe von	€ 60,-
<input type="checkbox"/> Ich werde dauerhaft nicht mehr ärztlich tätig sein. Ich beantrage daher zusätzlich die dauerhafte Festsetzung des Mindestbeitrags durch die Ärztekammer Berlin, so dass ich mich bis auf Widerruf zukünftig nicht mehr veranlassen muss.	

I. Antrag auf Befreiung von der Beitragszahlung

<input type="checkbox"/> Ich beantrage Befreiung von der Beitragszahlung, weil ich zum 01.02.2025 nicht mehr ärztlich tätig bin und das 75. Lebensjahr vollendet habe.
<input type="checkbox"/> Ich beantrage Befreiung von der Beitragszahlung, weil ich im Jahr 2025 keine ärztliche Tätigkeit ausübe (Nachweis beifügen) und
<input type="checkbox"/> festgestellt pflegebedürftig bin oder einen Grad der Behinderung von mind. 70 oder Merkmal aG / B / Bl / G / Gl / H / TBl habe, oder
<input type="checkbox"/> Wohngeld nach dem Wohngeldgesetz erhalte.
<input type="checkbox"/> Ich beantrage Befreiung von der Beitragszahlung, weil ich Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem Zweiten Sozialgesetzbuch (Bürgergeld) oder Grundsicherung im Alter bzw. bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch beziehe.

J. Angaben zur aktuellen ärztlichen Tätigkeit (für weitere Tätigkeiten bitte gesondertes Blatt nutzen!)

Arbeitsstelle:	seit:
Straße, Ort:	tätig als:
T/F/E:	wöchentliche Stundenzahl:

K. Angaben zur Weiterbildung

In Weiterbildung seit (Monat/Jahr) _____ zur Fachärztin/zum Facharzt für/Schwerpunkt/Zusatzbezeichnung:

L. SEPA-Lastschriftmandat

--

Datum : _____	Unterschrift : _____
---------------	----------------------

Registriernummer:

Name:

M. Härtefallantrag

Ich befinde mich aufgrund ungünstiger wirtschaftlicher Verhältnisse vorübergehend in ernsthaften Zahlungsschwierigkeiten oder die Einziehung der Beitragsforderung würde diese Zahlungsschwierigkeiten herbeiführen (bitte konkrete Situation im Textfeld unten darstellen).

Daher beantrage ich eine

teilweise Stundung

Stundung

oder

Ich befinde mich in einer unverschuldeten wirtschaftlichen Notlage und es ist zu besorgen, dass die Weiterverfolgung des Beitragsanspruches zu einer Gefährdung meiner Existenz führen würde (bitte konkrete Situation im Textfeld unten darstellen).

Daher beantrage ich einen

teilweisen Erlass

Erlass

Bitte Antrag begründen und Nachweise zur Situation beifügen:

Datum : _____

Unterschrift : _____