

Veranlagungserklärung

zum Beitrag für das Jahr 2020

ÄRZTEKAMMER BERLIN

Friedrichstraße 16 • 10969 Berlin



Hinweis zum Datenschutz: Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt aufgrund von § 18 Berliner Heilberufekammergesetz und der Beitragsordnung. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie online unter: www.aekb.de/Informationspflichten/Beitrag.

für Registriernummer: 79702

Ihr Kontakt (Tel./Fax): 0 30 / 4 08 06 - 25 07 / - 25 99

E-Mail: mba@aekb.de

Datum: 26. Februar 2020

Zutreffendes bitte in Druckschrift ausfüllen bzw. ankreuzen.

Abgabe- und Zahlungstermin: 15.04.2020

Persönlich/vertraulich

Herr Dr. med. univ.
Lion Waaser
Ekkehardstraße 5
12437 Berlin

Änderungen zu nebenstehenden Angaben:

Umzug seit:

nach Straße:

Ort:

Telefon/Fax:

Bitte nehmen Sie nachfolgend Ihre Beitragseinstufung vor. Wenn Ihnen Ihr Einkommensteuerbescheid (EkStB) 2018 noch nicht vorliegt, nehmen Sie bitte eine vorläufige Selbsteinstufung vor, um eine Festsetzung zu vermeiden!

A. Antrag auf Befreiung von der Beitragszahlung:

- ☐ Ich beantrage eine Befreiung von der Beitragszahlung, da ich zum 01.02.2020 Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem Zweiten oder Zwölften Sozialgesetzbuch beziehe (Nachweis ist beigelegt).

B. Keine ärztlichen Einkünfte im Jahr 2018 gemäß Beitragsordnung:

- ☒ Ich habe im Jahr 2018 keine Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit erzielt (z. B. noch keine Approbation, Verluste oder keine Versteuerung in der BRD)

Ich veranlasse daher die Beitragsstufe 3

€ - 60,-

C. Beitragsbemessung aufgrund ärztlicher Einkünfte im Jahr 2018:

- ☐ Ich habe im Jahr 2018 folgende Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit erzielt

Einkünfte aus Gewerbebetrieb	€
Einkünfte aus selbständiger Arbeit	€
Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit gem. EkStB <u>oder</u> Bruttoarbeitslohn gem. Lohnsteuerbescheinigung abzgl. 1.000,- € Arbeitnehmerpauschbetrag	€
sonstige Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit	€
abzgl. der vom Finanzamt gewährten Behinderten- u. Pflegepauschbeträge	€
= Summe voraufgeführter Einkünfte (<u>nicht</u> das zu versteuernde Einkommen!)	€
Daraus ergibt sich folgende Beitragseinstufung:	
mit einem Beitrag i. H. v.	
Beitragsstufe gem. Beitragstabelle:	
abzüglich Zahl der Kinderfreibeträge 2018:	
= Beitragsstufe:	
=	€

- ☐ **Nachweis:** Der Beitragsveranlagung liegt eine Kopie des Einkommensteuerbescheides **2018** bei. (Bitte kennzeichnen und erläutern Sie auf dem Bescheid ausgewiesene o. g. Einkunftsarten, die nicht aus ärztlicher Tätigkeit stammen.) **ODER**
- ☐ **Nachweis:** Da mir der Einkommensteuerbescheid (EkStB) **2018** noch nicht vorliegt, stufe ich den Beitrag **vorläufig** ein und reiche den EkStB innerhalb eines Monats nach Erhalt ein. **ODER**
- ☐ **Nachweis:** Ich war im Jahr **2018** nicht zur Abgabe einer Steuererklärung verpflichtet und reiche ersatzweise die Lohnsteuerbescheinigung/en **2018** ein (gilt nur für angestellte Ärzte/Ärztinnen ohne weitere ärztliche Einkünfte). **ODER**

- ☐ **Nachweis:** Einkünfte und ggf. Kinderfreibeträge gem. EkStB **2018** vom _____ (TT/MM/JJJ) werden durch Stempel und Unterschrift meiner Steuerberaterin/meines Steuerberaters bestätigt.

Stempel Unterschrift Steuerberater/in

D. Mitgliedschaft in weiteren berufsständischen Kammern:

- ☐ Ich bin zum 01.02.2020 oder früher zusätzlich Mitglied in den nachfolgend aufgeführten berufsständischen Kammern (z. B. andere Ärztekammer, Zahnärztekammer oder Handwerkskammer):

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

Beitrag gemäß Punkt C. oben	€	Dividiert durch die Zahl der Kammermitgliedschaften	= Beitrag (auf volle € kaufmännisch gerundet)	€
-----------------------------	---	---	---	---

ODER: ☐ Die Beitragsteilung ist für mich unverhältnismäßig, da ich an mindestens eine andere Kammer einen Beitrag gemäß den dort erzielten Einkünften zahlen muss. Den Zahlungsnachweis habe ich angefügt.

Ich veranlasse meinen Beitrag daher ausschließlich aufgrund meiner im Jahr 2018 in Berlin erzielten Einkünfte.

Beitragsstufe gem. Beitragstabelle:		abzüglich Zahl der Kinderfreibeträge 2018:		= Beitragsstufe:		= €
-------------------------------------	--	--	--	------------------	--	-----

E. Beitragsbemessung im Jahr 2020 entspricht Beitragsstufe 3:

- ☐ Meine Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit werden im Jahr 2020 voraussichtlich der Beitragsstufe 3 entsprechen (z. B. ärztliche Einkünfte unter 20.000 € im Beitragsjahr)

Ich veranlasse daher vorläufig einen Beitrag in Höhe von

(Ich reiche den Einkommensteuerbescheid 2020 nach, sobald er vorliegt.)

€ - 60,-

F. Mindestbeitrag:

- ☐ Ich bin zum 01.02.2020 nicht ärztlich tätig. Seit _____ (TT/MM/JJ) bin ich

☐ Rentner/in, Pensionär/in, in Altersteilzeit

☐ arbeitslos

☐ in Elternzeit, voraussichtl. bis _____

☐ Berufsfremd tätig als _____

☐ Sonstiges: _____

Ich veranlasse daher den Mindestbeitrag in Höhe von

€ - 60,-

- ☐ Ich werde dauerhaft nicht mehr ärztlich tätig sein. Ich beantrage daher zusätzlich die Feststellung der dauerhaften Einstufung zum Mindestbeitrag, so dass ich mich zukünftig nicht mehr veranlassen muss.

G. Härtefallanträge:

Der Beitrag kann zur Vermeidung erheblicher bzw. besonderer Härten **ganz oder teilweise gestundet** bzw. **erlassen** werden, z. B. bei vorübergehenden ernsthaften Zahlungsschwierigkeiten oder in unverschuldeter wirtschaftlicher Notlage. Der Antrag ist auf einem separaten Blatt zu begründen und mit Nachweisen zu versehen.

Ich beantrage: ☐ einen Erlass,

☐ einen Teilerlass,

☐ eine Stundung,

☐ eine teilweise Stundung

meines Beitrags 2020.

H. Angaben zur aktuellen ärztlichen Tätigkeit (Für weitere Tätigkeiten bitte gesondertes Blatt nutzen!):

1. Arbeitsstelle: <u>Krankenhaus Hedwigshöhe</u>	2. Arbeitsstelle:
Straße, Ort: <u>Höhensteig 1, Berlin</u>	Straße, Ort:
tätig als: <u>Arzt in Weiterbildung</u> seit: <u>09/19</u>	tätig als: seit:
wöchentliche Stundenzahl: <u>40</u>	wöchentliche Stundenzahl:
Telefon/Fax/E-Mail: <u>030 6741 5300</u>	Telefon/Fax/E-Mail:

I. Angaben zur Weiterbildung:

In Weiterbildung seit (Monat/Jahr):

09/2019

zum Facharzt für/Schwerpunkt/Zusatzbezeichnung:

innere Medizin

J. SEPA-Lastschriftmandat:

Ein gültiges SEPA-Lastschriftmandat liegt nicht vor. In der Anlage finden Sie ein Formular zur Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates bzw. die Daten für die Überweisung des Beitrags.

Datum: 09.03.2020

Unterschrift:

SEPA - Lastschriftmandat für den Kammerbeitrag



Hiermit ermächtige ich die Ärztekammer Berlin alle auf der Grundlage der jeweils geltenden Beitragsordnung in Bezug auf mich entstandenen Forderungen von meinem nachfolgend benannten Konto einzuziehen.

Registriernummer: 79702 **Name:** Waaser, Lion

IBAN:

D	E	3	8	2	0	0	4	1	1	4	4	0	4	2	5	0	7	9	1	0	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

BIC:

C	O	B	A	D	E	H	D	0	4	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

09.03.2020

Datum

Unterschrift

Hinweis: Sie erkennen unsere Abbuchungen an der Gläubiger-Identifikationsnummer **DE08ZZZ00000534295** und der Mandatsreferenznummer, die wir Ihnen im Beitragsbescheid mitteilen.

Hinweis: Die Mandatsreferenznummer erfasst alle im Zusammenhang mit dem Beitrag zur Ärztekammer Berlin stehenden Forderungen. Ihr SEPA-Lastschriftmandat wird automatisch gelöscht, sofern die letzte Nutzung mehr als 36 Monate zurückliegt (ab Fälligkeit der zuletzt vorgelegten SEPA-Lastschrift).

Oder

Zahlung des Beitrages per Überweisung:

auf das Konto der Ärztekammer Berlin bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank

IBAN: DE48300606010001134000

BIC: DAAEDED

unter der Angabe Ihrer Registriernummer, Ihres Namens und des Zahlungsvermerks:
Beitrag 2020.