

# Antwort-Formblatt Beitragsveranlagung



Bezirksärztekammer Rheinhausen  
Beitragsabteilung  
– Vertraulich –  
Mittlere Bleiche 40  
55116 Mainz

Name Mandat/Mitglied: \_\_\_\_\_ Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_

Beitragsjahr \_\_\_\_\_

## DEN DAZUGEHÖRIGEN NACHWEIS BEIFÜGEN

|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ich bin/war <b>angestellte/r Ärztin/Arzt</b> und füge in Kopie bei:                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> <b>Einkommensteuerbescheid</b><br>(Alternative: <input type="checkbox"/> Lohnsteuerbescheinigung oder <input type="checkbox"/> Bestätigung Steuerberater/Lohnsteuerhilfe/ggf. Finanzamt) |
| Ich bin/war <b>niedergelassene/r Ärztin/Arzt</b> und füge in Kopie bei:                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> <b>Einkommensteuerbescheid</b><br>(Alternative: <input type="checkbox"/> Bestätigung Steuerberater/Lohnsteuerhilfe/ggf. Finanzamt)                                                       |
| Ich bin/war <b>Honorarärztin/-arzt</b> und füge in Kopie bei:                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> <b>Einkommensteuerbescheid und/oder Abrechnung der KV</b><br>(Alternative: <input type="checkbox"/> Bestätigung Steuerberater/Lohnsteuerhilfe/ggf. Finanzamt)                            |
| <b>Ruhestand im Beitragsjahr</b><br>Bitte reichen Sie dennoch den regulären Nachweis ein!                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Eintritt in den Ruhestand. Meine Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit <b>überschreiten im aktuellen Jahr voraussichtlich <u>nicht</u> die Grenze von 48.000 EUR (§ 5 Abs. 4).</b>          |
| <b>Keine Einkünfte</b>                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Ich hatte keine Einkünfte aus ärztl. Tätigkeit (z. B. Arbeitslos/Erkrankung <b>inkl. Nachweis</b> oder <b>Berufsanfänger</b> )                                                           |
| <b>*Zusätzlich zu beachten</b>                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> <b>Ich bin Theoretiker/in</b> (z. B. Medizincontroller/in, Medizinjournalist/in, Pharmaziebeschäftigte/r)                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> <b>Kinder:</b> Ich habe im Bezugsjahr steuerlich anerkannte/s Kind/er ( <b>inkl. Nachweis</b> ): _____                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> <b>Doppelmitgliedschaft:</b> es liegt eine Mehrfachmitgliedschaft inkl. Veranlagung vor (der <b>Nachweis</b> ist bitte mit einzureichen).<br>[Die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz ist dabei <u>nicht</u> mitzuzählen] |                                                                                                                                                                                                                   |
| Name der weiteren Heilberufekammer/n: _____                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Ich möchte/werde keinen Einkünftenachweis vorlegen</b>                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Ich akzeptiere den Veranlagungsbescheid zum <b>Höchstbeitrag</b> (der zu zahlende Beitrag beträgt 6.000 € zzgl. 10 € Fürsorgebeitrag).                                                   |

**Unvollständige Angaben können nicht berücksichtigt werden!**

Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift