

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@aekno.de](mailto:beitrag@aekno.de)

---

**Einstufung zum Ärztekammerbeitrag 2020 gemäß § 4 Abs. 1 der Beitragsordnung der  
Ärztekammer Nordrhein**

Nach meinen Einkünften aus ärztlicher Tätigkeit im Jahre **2018** (falls 2018 keine Einkünfte erzielt wurden, sind die Einkünfte des Jahres 2019 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 2018**
- (nachstehende) **Bestätigung meiner Steuerberaterin / meines Steuerberaters:**  
Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben bestätige ich hiermit:

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

- Der Einkommensteuerbescheid **2018** liegt mir noch nicht vor. Ich stufe mich daher **vorläufig** ein und beantrage eine **Fristverlängerung** bis zum \_\_\_\_\_ 2020.
- Kopie(n) des Ausdrucks der elektronischen Lohnsteuerbescheinigung(en) für 2018**  
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 2020** Beitragsgruppe 000 / 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)

