

**Absender:**  
**Name, Vorname:**  
**Straße:**  
**PLZ, Ort:**

**Arzt-Nr.:**

Sächsische Landesärztekammer  
Beitragswesen  
Postfach 10 04 65  
01074 Dresden

## **Antrag auf Fristverlängerung/Kammerbeitrag 2020**

(nur verwenden, wenn die geforderten Nachweise noch nicht vorliegen)

Ich beantrage eine **Fristverlängerung** wegen derzeit noch nicht vorliegender Nachweise

- Einkommensteuerbescheid 2018** oder  
 **Einkommensteuerbescheid 2019** bei fehlenden Einkünften aus ärztlicher Tätigkeit im Jahr 2018  
 **sonstiger Nachweis**

(Format: TT.MM)

**bis**

**/2020.**

---

**Ort, Datum**

**Unterschrift**

Bitte senden Sie diesen Antrag postalisch, per E-Mail oder per Fax an die Sächsische Landesärztekammer.

Das angegebene Datum wird entsprechend in Ihren Unterlagen vermerkt. **Eine Bestätigung erfolgt nicht.**

Mit der Fristverlängerung für die Vorlage der Nachweise ist allerdings **keine Stundung** der Zahlung des Kammerbeitrages verbunden. Die Zahlung leisten Sie bitte in jedem Fall bis zum 1. März 2020 entsprechend der von Ihnen veranschlagten voraussichtlichen Höhe des Kammerbeitrages.

Bei Fragen zur Beitragsveranlagung können Sie sich gern an folgende Mitarbeiterinnen wenden:

Frau Rasche	Telefon: 0351 8267 436
Frau Altmann	Telefon: 0351 8267 437
Frau Schiebold	Telefon: 0351 8267 438
Frau Ryssel	Telefon: 0351 8267 432