

2019

Termin:

1. März 2019

Selbsteinstufung über das Mitgliederportal der
Sächsischen Landesärztekammer und Geld sparen!
Zeitsparend – Kostengünstig – Unbürokratisch
<https://portal.slaek.de/>

Sächsische Landesärztekammer
Beitragswesen
Postfach 10 04 65
01074 Dresden

Arzt-Nr.:
Name:

Ich möchte ab dem Beitragsjahr 2020 meine Veranlagung über das
Mitgliederportal ausführen und keine Beitragsunterlagen mehr erhalten:

SELBSTEINSTUFUNG ZUM KAMMERBEITRAG 2019

Beitragsstufe

in Höhe von

EUR

Sie können bei anteiliger oder prozentualer
Berechnung auf den vollen Euro abrunden.

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Ärztin/Arzt mit ärztlicher Tätigkeit im Jahr 2019

Nachweis durch:

Kopie des Einkommensteuerbescheides 2017, aus der sämtliche Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit hervorgehen oder eine schriftliche Bestätigung des Steuerberaters (siehe Anlage).

oder:

Eigenbestätigung:

Ich bestätige, keine Einkommensteuererklärung für das Jahr 2017 beim Finanzamt abzugeben und keine weiteren Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit im Jahr 2017 erzielt zu haben. Eine Kopie der Lohnsteuerbescheinigung 2017 oder eine vom Arbeitgeber ausgestellte Bescheinigung über den erzielten Bruttoarbeitslohn im Jahr 2017 liegt bei (davon ist der Werbungskostenpauschbetrag in Höhe von 1.000 EUR abzuziehen).

Sonderfälle:

Sollten Sie im Bemessungsjahr 2017 keine Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit erzielt haben, stufen Sie sich bitte nach den Einkünften aus ärztlicher Tätigkeit im Jahr 2018 ein.

Nachweis durch:

Kopie des Einkommensteuerbescheides 2018, aus der sämtliche Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit hervorgehen oder eine schriftliche Bestätigung des Steuerberaters (siehe Anlage)

oder:

In 2017 wurden keine Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit erzielt. Oben genannte Eigenbestätigung gilt für das Jahr 2018. Eine Kopie der Lohnsteuerbescheinigung 2018 oder eine vom Arbeitgeber ausgestellte Bescheinigung über den erzielten Bruttoarbeitslohn im Jahr 2018 liegt bei (davon ist der Werbungskostenpauschbetrag in Höhe von 1.000 EUR abzuziehen).

Sollten Sie weder in 2017 noch in 2018 Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit erzielt haben, stufen Sie sich bitte mit dem Mindestbeitrag in Höhe von 15 EUR ein.

Arzt-Nr.:
Name:

2019

- Ärztin/Arzt im Ruhestand oder BU-/EU-Rentner(in) im Jahr 2019**
Der Nachweis über den Bezug einer Rente liegt der Kammer bereits vor/wird beigelegt.
- ohne ärztliche Tätigkeit im Jahr 2019**
Ich bin von der Beitragspflicht befreit.
- mit Einkünften aus einer gelegentlichen ärztlichen Tätigkeit im Jahr 2019**
- bis 5.000 EUR im Jahr 2019.
Ich bin von der Beitragspflicht befreit.
 - über 5.000 EUR bis 15.000 EUR im Jahr 2019.
Ich zahle einen Kammerbeitrag in Höhe von 25 EUR.
 - über 15.000 EUR bis 25.000 EUR im Jahr 2019.
Ich zahle einen Kammerbeitrag in Höhe von 70 EUR.
 - über 25.000 EUR bis 50.000 EUR im Jahr 2019.
Ich zahle einen Kammerbeitrag in Höhe von 120 EUR

Bei Einkünften aus ärztlicher Tätigkeit über 50.000 EUR im Beitragsjahr 2019 liegt keine gelegentliche Tätigkeit vor. Die Bemessung des Kammerbeitrages erfolgt unabhängig vom Bezug einer Rente gemäß § 2 Abs. 1 Beitragsordnung. Füllen Sie bitte Seite 1 des Formulars aus.

- Ohne ärztliche Tätigkeit im Jahr 2019 (z. B. Arbeitslosigkeit, berufsfremde Tätigkeit)**
Ich zahle den Mindestbeitrag in Höhe von 15 EUR. Der entsprechende Nachweis liegt bei.
- Mutterschaftsurlaub oder Elternzeit im Jahr 2019**
Ich zahle den Mindestbeitrag in Höhe von 15 EUR. Der entsprechende Nachweis liegt bei.
- Stipendiat(inn)en, bundesfreiwilligendienstleistende Ärztinnen/Ärzte oder vergleichbar tätig im Jahr 2019 (z. B. Gastärztin/Gastarzt ohne Vergütung)**
Ich zahle den Mindestbeitrag in Höhe von 15 EUR. Der entsprechende Nachweis liegt bei.

-
- SEPA-Lastschriftmandat für den Kammerbeitrag wird erteilt.**
Die Angaben auf beiliegendem Formular bitte ausfüllen und mit Unterschrift **im Original** per Post an uns senden. Der Kammerbeitrag ist am 1. März des Beitragsjahres fällig. Bei Ordnungsmäßigkeit Ihrer Beitragsveranlagung wird der Kammerbeitrag ab diesem Zeitpunkt von Ihrem Konto eingezogen, sonst nach Ablauf eines Monats nach Vorliegen der Voraussetzungen.
- Der Kammerbeitrag 2019 wird überwiesen (siehe beiliegende Überweisungsdaten).**

Meine Angaben sind vollständig und richtig.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift