Antwort zur Selbsteinstufung zum Ärztekammerbeitrag 2024
Bitte ausfüllen und per Fax oder per Post zusenden!

FAX-Nr. 0511 3802-4299

BAN / Name, Vorname

_____

Antwort
Streng Vertraulich !
Ärztekammer Niedersachsen
Beitragswesen
Postfach 347
30003 Hannover

Für die Beitragszahlung 2024 sind folgende Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit maßgeblich:
lt. Einkommensteuerbescheid 2022 unter Berücksichtigung der im Ratgeber aufgeführten Erläuterungen

	EUR
Ermittelte Beitragsgruppe	

☐ Der Einkommensteuerbescheid 2022 (bzw. Auszug) liegt bei.

☐ Der Einkommensteuerbescheid 2022 liegt mir z.Zt. nicht vor. Er wird unverzüglich nachgereicht. **Ich stufe mich vorläufig ein.**

☐ Abweichung von dem beigefügten Steuerbescheid oder die Einstufung nach einer Sonderbeitragsgruppe/Beitragsgruppe N, siehe Ratgeber:

Begründung: .....

☐ Ruhestand ohne ärztliche Tätigkeit seit: …….

☐ **Ich möchte zusätzlich 5 % Beitragsrabatt aufgrund meiner fristgerechten Selbsteinstufung. Deshalb sollen die jährlich fälligen Beiträge bis auf schriftlichen Widerruf unter Angabe folgender**

Mandats-ID :..... ☐ **von meinem bisherigen Konto**

IBAN:.....BIC : .....

abgebucht werden.

☐ **künftig von folgendem Konto:**

IBAN :.....BIC :.....

☐ **Ich wünsche Teilzahlung.** (Nur möglich bei erteiltem SEPA-Lastschriftmandat und ab der Beitragsgruppe 010)

Datum | Unterschrift | BAN / Name