



Vorlage der Nachweise

Gemäß § 3 (3) der Beitragsordnung der Bezirksärztekammer Koblenz hat jedes Kammermitglied bis zum **31. März eines jeden Jahres** unaufgefordert einen Einkommensnachweis vorzulegen, auf dessen Basis die Beitragsveranlagung erfolgt. Als Nachweis geeignet ist ein entsprechender **Auszug des Einkommenssteuerbescheides** bei dem der Name und auf den Folgeseiten die Steuernummer erkennbar sein muss (die nicht beitragsrelevanten Angaben können anonymisiert werden) bzw. eine **schriftliche Bestätigung** oder die Vorlage einer **Gewinn- und Verlustrechnung** durch einen **Steuerberater** über die Einkünfte beziehungsweise Einkommen aus dem **Jahr 2022**. Bitte beachten Sie, dass auf allen kopierten Seiten des Einkommenssteuerbescheides Ihr **Name**, Ihre **Steuernummer** sowie das **Steuerjahr** ersichtlich sind!

Kann in Einzelfällen kein deutscher Nachweis erbracht werden, ist ein ansonsten geeigneter Nachweis über das Einkommen zu führen.

Wenn Ihnen bis zum Ablauf der im Schreiben festgesetzten Frist die erforderlichen Nachweise (insbesondere der Einkommenssteuerbescheid des Finanzamtes) nicht vorliegen, geben Sie uns bitte unbedingt wie folgt Bescheid:

Telefon: 0261/39001-21	0261/39001-32
Fax: 0261/39001-20	0261/39001-20
Mail: a.koesterorlik@aek-koblenz.de	k.ludewig@aek-koblenz.de

Bei fehlender Vorlage des Einkommensnachweises ist gemäß § 5 Abs. 6 Beitragsordnung der Bezirksärztekammer Koblenz der Höchstbeitrag festzusetzen.

Die Rücksendung Ihres Erhebungsbogens und der Nachweise kann wie nachfolgend aufgeführt erfolgen:

Post: Bezirksärztekammer Koblenz Frau Köster-Orlik Bubenheimer Bann 12 56070 Koblenz	Bezirksärztekammer Koblenz Frau Ludewig Bubenheimer Bann 12 56070 Koblenz
---	--

Mail: a.koester-orlik@aek-koblenz.de (nur als pdf)

k.ludewig@aek-koblenz.de (nur als pdf)

Fax: 0261/39001-20

Die Übermittlung der Daten per E-Mail kann aufgrund der besseren Lesbarkeit nur im PDF-Format akzeptiert werden.



**Bescheinigung zur Vorlage bei der
Bezirksärztekammer Koblenz**

Vorname, Name: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Mitgliedsnummer: _____

Hiermit wird bestätigt, dass o.g. Arzt / Ärztin im Kalenderjahr **2022**

Einkünfte aus selbständiger ärztlicher Tätigkeit	_____	€
Einkünfte aus nichtselbständiger ärztlicher Tätigkeit	_____	€
Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit	_____	€
sonstige Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit	_____	€
zu versteuerndes Einkommen nach Körperschaftsteuergesetz	_____	€
Gesamteinkünfte	_____	€

erzielt hat.

Weitere Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit lagen im Jahr **2022** nicht vor.

_____, den _____

Unterschrift und Stempel
des Steuerberaters oder Finanzamtes



Bezirksärztekammer Koblenz
Bubenheimer Bann 12
56070 Koblenz

BITTE MIT ENTSPRECHENDEM NACHWEIS ZURÜCKREICHEN BIS ZUM 30.04.2024

Formblatt zur Veranlagung zum Kammerbeitrag 2024

	<p>Ich füge als Nachweis meiner Einkünfte aus dem Jahr 2022 bei:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Auszug des Einkommensteuerbescheids oder○ Schriftliche Bestätigung des Steuerberaters oder Finanzamtes oder○ Gewinn- und Verlustrechnung
	<p>Ich bin zum bundeseinheitlichen Stichtag (01.02.2024) kein Mitglied der Bezirksärztekammer Koblenz. Die Änderungsmeldung / Abmeldung füge ich bei (www.aerztekammer-koblenz.de/Mitglieder/Meldewesen)</p>
	<p>Ich hatte im Bezugsjahr 2022 keine Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit. Ich bin erst seit dem Jahr _____ ärztlich tätig.</p>
	<p>Ich habe im Beitragsjahr (2024) meine gesamte ärztliche Tätigkeit vollständig beendet oder werde sie beenden. Datum des [voraussichtlichen] Renteneintritts: _____</p>
	<p>Ich befinde mich zum bundeseinheitlichen Stichtag (01.02.2024) in Beschäftigungsverbot / Mutterschutz / Elternzeit bis _____ . Einen entsprechenden Bescheid füge ich bei.</p>
	<p>Ich bin zum bundeseinheitlichen Stichtag (01.02.2024) nicht ärztlich tätig bzw. arbeitslos. Einen entsprechenden Bescheid füge ich bei.</p>
	<p>Ich bin als Pflichtmitglied in einer weiteren Heilberufskammer tätig (Mehrfachmitgliedschaft) und werde dort ebenfalls zu einem Beitrag veranlagt. (Dies gilt nicht für die gleichzeitige Mitgliedschaft in der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz).</p>
	<p>Ich möchte / werde keinen Einkünfte Nachweis vorlegen und akzeptiere den Veranlagungsbescheid zum Höchstbeitrag.</p>

Ort, Datum

Vor- und Zuname / Mitgliedsnummer

Unterschrift