

# Ärztammerbeitrag<sup>1</sup> 2024



Folgen Sie dem Link im QR-Code, um die Einstufung **Online im Portal** durchzuführen:

Name: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Ich bin am **1. Februar 2024** (Veranlagungsstichtag) **Mitglied** gemäß §1 der Meldeordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt und stufe mich wie folgt ein:

1 Grundlage sind meine Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit

(keine Einkünfte: weiter mit 3.2)

**2022**

**2023**, da in 2022 keine Einkünfte

2 Meine Einstufung erfolgt

**Endgültig**,  
als Nachweis lege ich bei

**Vorläufig**,  
der Nachweis liegt mir noch nicht vor  
und wird nachgereicht, sobald  
verfügbar

Auszug aus dem Einkommensteuerbescheid<sup>2</sup> **oder**

schriftliche Bestätigung des Finanzamtes

Sollten andere als die zuvor genannten Nachweise eingereicht werden, wird die Einstufung als vorläufig vermerkt.

3 Meine Beitragseinstufung lautet wie folgt:

3.1 Beitragseinstufung nach **Einkünften** aus ärztlicher Tätigkeit (siehe umseitige Beitragstabelle)

Beitragsgruppe

Beitragsstufe

Jahresbeitrag - in € -

3.2 Beitragseinstufung in die **Sonderbeitragsgruppe** entsprechend § 4 Abs. 2 der  
(u. a. am 01.02.2024.arbeitslos, Mutterschutz/Elternzeit ohne ärztliche Tätigkeit oder ausschließlich zahnärztlich tätig)

Beitragsstufe

**N**

Jahresbeitrag - in € -

**9**

3.3 Beitragseinstufung in die **Sonderbeitragsgruppe** entsprechend § 4 Abs. 3 der Beitragsordnung  
(u. a. im Jahr 2023 erstmals in eigener Praxis niedergelassen oder Vollendung des 69. Lebensjahres und noch ärztlich tätig)

Beitragsgruppe

Beitragsstufe

**1**

Jahresbeitrag - in € -

4 Ich wähle folgende Zahlungsweise: → BITTE STETS ANGEBEN ! ←

**Überweisung** in einer Summe

**Abbuchung** quartalsweise (ab Beitragsstufe 02)

**Abbuchung** in einer Summe

bei fristgerechter Abgabe der Beitragseinstufung

IBAN\*:

Für Ihre Banking-App



Lesen Sie den QR-Code mit Ihrer Banking-App ein, ergänzen den Betrag sowie Mitgliedsnummer oder Namen im Verwendungszweck und führen die Überweisung aus.

Ohne Banking-App verwenden Sie folgende Daten aus dem QR-Code:

Kontoinhaber: Ärztekammer Sachsen-Anhalt  
Bank: Deutsche Apotheker- und Ärztebank e. G.  
IBAN: DE16300606010003054012  
BIC: DAAEDED3  
Verwendungszweck: Beitrag: 2024, Mitgliedsnummer:

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift

<sup>1</sup> **Hinweise** zur Beitragseinstufung finden Sie auf unserem **Anschreiben** oder unter <https://www.aeksa.de/beitrag/>

<sup>2</sup> Ersatzweise die Lohnsteuerbescheinigung, wenn **keine** Einkommensteuererklärung durchgeführt wird.