

**Mitgl.-Nr.:**

Abgesendet durch:

Adressänderung siehe Rückseite!

Name und Anschrift

Ärztekammer Hamburg  
Abteilung Beitrag  
Postfach 76 01 09  
22051 Hamburg

**Abgabe-Frist endet  
am 15. Mai 2025!**

## 1 Beitragsveranlagung für 2025

Der erforderliche Auszug aus dem Einkommensteuerbescheid vom Finanzamt 2023 liegt bei.

Alternativ ist eine schriftliche Bestätigung der Steuerberatung beigelegt. Ein entsprechendes Formular ist auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg zum Herunterladen verfügbar.

Es liegt eine Doppelmitgliedschaft vor.  %  
Der Tätigkeitsumfang für 2025 in Hamburg beträgt

Vorläufige Schätzung der Einkünfte, Steuerbescheid wird nachgereicht bis zum

Ich reiche keine Einkommensteuererklärung für 2023 ein – Beiliegend eine Kopie meiner elekt. Lohnsteuerbescheinigung vom Arbeitgeber. Weitere Einkünfte aus ärztl. Tätigkeit wurden nicht erzielt.

Rentner:innen mit ärztl. Tätigkeit. Auf Antrag kann eine Berechnung mit geschätzten Einkünften aus dem aktuellen Beitragsjahr berücksichtigt werden (§ 4 Abs. 4). Formloser Antrag liegt bei.

Mindestbeitrag € 60 (z.B. Rentner:innen ohne ärztl. Tätigkeit, Auslandsaufenthalt, Aufnahme der 1. ärztl. Tätigkeit im Jahr 2025)

Höchstbeitrag € 5.500; ein Nachweis der Einkünfte ist nicht erforderlich

## 2 Nach meinen Einkünften aus ärztlicher Tätigkeit im Jahr 2023 ergibt sich folgender Beitrag

Wurden in 2023 keine Einkünfte erzielt, sind Einkünfte aus 2024 zugrunde zu legen.

**Achtung:** Einkünfte sind nicht das zu versteuernde Einkommen

Einkünfte (Euro)

Beitrag (Euro)

x **0,47 %**

Datum

Unterschrift des Kammermitglieds

**Mitgl.-Nr.:****a. Hier können Sie ersehen, ob Sie uns bereits eine Lastschrift erteilt haben:**

Die Ärztekammer Hamburg, Gläubiger-ID DE72ZZZ00000217505, zieht frühestens 14 Tage nach Kenntnisnahme Ihrer umseitigen Veranlagung den Kammerbeitrag mit der Mandatsreferenz vom Konto ein.

**Wenn sich Ihre Bankverbindung geändert hat, erteilen Sie bitte unter b. ein neues Mandat.**

**b. Sie überweisen bisher und möchten zukünftig per Lastschrift zahlen?**

Erteilen Sie uns dazu einfach das folgende SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige die Ärztekammer Hamburg, Weidestraße 122b, 22083 Hamburg, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift unter der Gläubiger-ID: DE72ZZZ00000217505 und der Mandatsreferenz einzuziehen. Mit diesem Mandat weise ich zugleich mein Kreditinstitut an, die von der Ärztekammer Hamburg auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:**

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**DE**

IBAN

Name des Kreditinstituts

Vorname und Name des Kontoinhabenden, Anschrift (falls vom Mitglied abweichend)

**Datum****Unterschrift des Kontoinhabenden****c. Sie möchten den Beitrag überweisen?**

Kontoverbindung der Ärztekammer Hamburg:  
Deutsche Apotheker- und Ärztebank  
BIC: DAAEDEDXXX  
IBAN: DE62 3006 0601 0201 3461 13

**3 Änderung meiner Daten**

Meine Privat-Anschrift hat sich geändert:

Seit (Datum TT.MM.JJJJ)

Straße, Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl/Ort

Telefon

E-Mail

Meine Dienst-Anschrift hat sich geändert:

Seit (Datum TT.MM.JJJJ)

Praxisname | Arbeitgeber | Krankenhaus

Straße, Hausnummer

Postleitzahl/Ort

Telefon

E-Mail