

Ärztammerbeitrag¹ 2025



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

Name: _____

Mitgliedsnummer: _____

Ich bin am **1. Februar 2025** (Veranlagungstichtag) **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)

2023

2024, da in 2023 keine Einkünfte

2 Meine Einstufung erfolgt

Endgültig,
als Nachweis lege ich bei

Auszug aus dem Einkommensteuerbescheid²

schriftliche Bestätigung des Finanzamtes

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

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 01.02.2025 arbeitslos, Mutterschutz/Elternzeit ohne ärztliche Tätigkeit oder ausschließlich zahnärztlich tätig)

Beitragsstufe

Jahresbeitrag - in € -

3.3 Beitragseinstufung in die **Sonderbeitragsgruppe** entsprechend § 4 Abs. 3 der Beitragsordnung
(u. a. im Jahr 2024 erstmals in eigener Praxis niedergelassen oder Vollendung des 69. Lebensjahres und noch ärztlich tätig)

Beitragsgruppe

Beitragsstufe

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: 2025, Mitgliedsnummer:

Datum/Unterschrift

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

² Ersatzweise die Lohnsteuerbescheinigung, wenn **keine** Einkommensteuererklärung durchgeführt wird.