



Anrede

Titel, Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ)

Telefon-Durchwahl: (089) 4147-111

E-Mail: beitrags@blaek.de

**Nachweisbogen 2021 (= Beitragsjahr)**

**Mitgliedsnummer**

**Ich war das gesamte Jahr 2019 (= Bemessungsjahr) ausschließlich:**

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medizinstudent/in | <input type="checkbox"/> In Elternzeit ohne Tätigkeit | <input type="checkbox"/> Stipendiat/in | <input type="checkbox"/> Berufsfremd tätig |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslos        | <input type="checkbox"/> Ohne Entgelt tätig           | <input type="checkbox"/> Nicht tätig   | <input type="checkbox"/> Im Ausland tätig  |

Wenn einer / mehrere der o. g. Punkte zutrifft / zutreffen, entfällt die Vorlage von Nachweisen bzw. die Bestätigung durch den Steuerberater.      ⇒      Mein Jahresbeitrag für **2021** beträgt **16,00 €**

**Ich lege folgende Nachweise aus dem Jahr 2019 (= Bemessungsjahr) in Kopie vor:**

- Steuerbescheid (nicht relevante Informationen können geschwärzt werden)
- oder Bestätigung des Steuerberaters (Unterschrift auf der Rückseite) über die unten eingetragenen Beträge
- oder Gewinnermittlung bei selbständiger Tätigkeit
- oder Elektronische Lohnsteuerbescheinigung oder Gehaltsabrechnung mit steuerpflichtigem Bruttolohn des gesamten Jahres oder Bestätigung des Arbeitgebers über den steuerpflichtigen Bruttolohn des gesamten Jahres – mit dem Abzug der pauschalen Werbungskosten bin ich einverstanden

**Mir liegen noch keine Nachweise vor. Ich benötige eine Fristverlängerung bis zum .....**  
(Bitte beantragen Sie die Fristverlängerung per Post, E-Mail, Telefon oder über „Meine BLÄK-Portal“)

**Ich erzielte im Jahr 2019 (= Bemessungsjahr), s. z. B. Steuerbescheid:**

<b><u>Ich erzielte im Jahr 2019 (= Bemessungsjahr), s. z. B. Steuerbescheid:</u></b>		<b><u>Einkünfte</u></b>
	Einkünfte aus selbständiger ärztlicher Arbeit (= Gewinn bzw. <u>Verlust</u> , diesen bitte mit <u>./.</u> kennzeichnen)	€
	Einkünfte aus nichtselbständiger ärztlicher Arbeit (= steuerpflichtiger Bruttoarbeitslohn abzüglich Werbungskosten)	€
	Einkünfte aus ärztlicher Arbeit, die steuerlich als Einkünfte aus Gewerbebetrieb erfasst wurden	€
	sonstige Einkünfte aus ärztlicher Arbeit (z. B. Ehrenämter auch nach Beendigung der Berufstätigkeit)	€
	Zu versteuerndes Einkommen nach Körperschaftssteuergesetz, soweit es aufgrund ärztlicher Arbeit erzielt wurde (z. B. Einkommen aus Kapitalgesellschaften, Genossenschaften oder Vereinen)	€

Vgl. Steuerbescheid, einzutragen sind **nur** Einkünfte aus ärztlicher Arbeit

**Bitte Rückseite beachten!**

Für **Rücksendung** im Fensterkuvert

Für sonstige Änderungsmitteilungen  
(bitte mit genauen Datumsangaben):

Bayerische Landesärztekammer  
-Beitragswesen-  
Mühlbauerstr. 16  
81677 München

Von Ihnen ergänzte Meldedaten werden, soweit abweichend,  
an Ihre Meldestelle weitergeleitet.

Ich war / bin am Stichtag, dem 01.02.2021:

**überwiegend administrativ ärztlich tätig, außerhalb der**

**Krankenversorgung**, als ..... ⇒ Der Beitrag verringert sich um 10 %

**ausschließlich als Lehrer/in an wissenschaftlichen Hochschulen in theoretischen Fächern  
(z. B. Anatomie, Biochemie, Physiologie) und/oder in reiner Grundlagenforschung  
und/oder in der pharmazeutischen Industrie oder bei Fachmedien tätig,**

als ..... ⇒ Der Beitrag verringert sich um 20 %

**Pflichtmitglied in einer der unten genannten Berufsvertretungen eines anderen Heilberufs:**

Psychotherapeutenkammer

Apothekerkammer

Tierärztekammer

Zahnärztekammer

⇒ Der Beitrag verringert sich um 50 %

Name, Vorname, Geburtsdatum, Mitgliedsnummer (MNR)

Ich war / bin am Stichtag, dem 01.02.2021:

im Ruhestand seit ..... und **übe noch ärztliche Tätigkeit** als .....

(z. B. Gutachter, Praxisvertreter, sonst. ärztl. Tätigkeit etc.) **aus**. Meine zu erwartenden Einkünfte (**ohne**

Rentenbezüge) im Jahr **2021** betragen: ..... € (Schätzung)

in Altersteilzeit (Arbeitsphase) seit dem ..... Die Freistellungsphase beginnt / begann am

..... Meine zu erwartenden Einkünfte im Jahr **2021** betragen: ..... € (Schätzung)

im Ruhestand seit ..... und **übe** seit dem ..... **keine ärztliche Tätigkeit**

**mehr aus** (gilt nicht für die Freistellungsphase der Altersteilzeit)

im Mutterschutz (**nicht** Beschäftigungsverbot) von ..... bis .....

in Elternzeit von ..... bis ..... und übe während der Elternzeit

eine /  keine ärztliche Tätigkeit aus

arbeitslos von ..... bis .....

nicht mehr in Bayern tätig seit / ab ....., tätig in .....

**Mehrfachmitglied:** Bei der Bayerischen Landesärztekammer **und** folgender weiterer deutscher

Ärztekammer: ..... **Der Anteil meiner in**

**Bayern erzielten Einkünfte** aus ärztlicher Arbeit im Bemessungsjahr 2019 betrug ..... Prozent.

Für **Rücksendung**, bitte hier falten (DIN lang, 110 x 220)