

Absender:
Name, Vorname:
Straße:
PLZ, Ort:

Arzt-Nr.:

Sächsische Landesärztekammer
Beitragswesen
Postfach 10 04 65
01074 Dresden

Antrag auf Fristverlängerung/Kammerbeitrag 2025

(nur verwenden, wenn die geforderten Nachweise noch nicht vorliegen)

Ich beantrage eine **Fristverlängerung** wegen derzeit noch nicht vorliegender Nachweise

- Einkommensteuerbescheid 2023** oder
- Einkommensteuerbescheid 2024** bei fehlenden Einkünften aus ärztlicher Tätigkeit im Jahr 2023
- sonstiger Nachweis**

(Format: TT.MM)

bis

/2025.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie diesen Antrag postalisch, per E-Mail oder per Fax an die Sächsische Landesärztekammer.

Das angegebene Datum wird entsprechend in Ihren Unterlagen vermerkt. **Eine Bestätigung erfolgt nicht.**

Mit der Fristverlängerung für die Vorlage der Nachweise ist allerdings **keine Stundung** der Zahlung des Kammerbeitrages verbunden. Die Zahlung leisten Sie bitte in jedem Fall bis zum 1. März 2025 entsprechend der von Ihnen veranschlagten voraussichtlichen Höhe des Kammerbeitrages.

Bei Fragen zur Beitragsveranlagung können Sie sich gern an folgende Mitarbeiterinnen wenden:

Frau Rasche
Frau Altmann
Frau Schiebold

Telefon: 0351 8267 436
Telefon: 0351 8267 437
Telefon: 0351 8267 438