

# Nachweis Selbstständigkeit

für den Einsatz als Impfärztin/-arzt



\_\_\_\_\_  
Titel, Name, Vorname (des Abrechnenden)

\_\_\_\_\_  
Praxisname (optional)

Für den Fall, dass ich im Zuge des Impfens gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 im Impfzentrum Eberswalde oder im Rahmen des mobilen Impfens tätig sein werde, bestätige ich hiermit:

- Ich bin im Sinne des EStG freiberuflich selbstständig tätig.
- Ich werde die Einkünfte aus dem Honorarvertrag beim zuständigen Finanzamt anmelden und daraus entstehende Steuern selbst entrichten, sowie alle sonst erforderlichen Meldungen selbst vornehmen.

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift