Die Ärztekammer Steiermark

Wohlfahrtsfonds

Name: .....

Straße Nr.: .....

PLZ Ort: ..... ……..
Datum

Ärztekammer für Steiermark
Wohlfahrtsfonds
Kaiserfeldgasse 29
8010 Graz

F. 0316-8044-136
wff@aekstmk.or.at

Antrag auf Zuerkennung des Wochengeldes
für niedergelassene (Zahn)Ärztinnen

gemäß § 28b Abs. 2 der Satzungen des Wohlfahrtsfonds

Einstellung der (zahn)ärztlichen Tätigkeit
aufgrund des Mutterschutzes am: .....

voraussichtliche Wiederaufnahme der
(zahn)ärztlichen Tätigkeit am: .....

SV-Nr.: | | | | | | | | | | |
Tag Monat Jahr
Geb. Datum

Meine Bankverbindung: IBAN: .....

.....
Unterschrift

Beilagen:

- Kopie des Mutter-Kind-Passes mit dem voraussichtlichen Geburtstermin
- ev. Bestätigung über Frühgeburt, Mehrlingsgeburt oder Sectio
- Geburtsurkunde
- **Bei vorzeitigem Mutterschutz:** Bestätigung durch Amtsarzt oder niedergelassenen Facharzt

Hinweis: Antragstellung innerhalb von 24 Wochen ab Beginn des Mutterschutzes.

Drucken