



Name:

Straße Nr.:

PLZ Ort:

.....
Datum

Ärzttekammer für Steiermark

F. 0316-8044-136

Wohlfahrtsfonds

wff@aekestmk.or.at

Kaiserfeldgasse 29

8010 Graz

Ansuchen um Befreiung von der Beitragspflicht zum Wohlfahrtsfonds

gemäß § 10 Abs. 5 bzw. 6 der Satzungen des Wohlfahrtsfonds und § 112 Abs. 2 Ärztegesetz 1998

Hiermit beantrage ich die Befreiung von der Beitragspflicht zum Wohlfahrtsfonds aufgrund meiner Zugehörigkeit zum

- Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für _____ (Bundesland)
ab _____

oder

- _____ Ärzteversorgung ab _____
(berufsständisches Versorgungswerk außerhalb Österreichs/innerhalb des europäischen Wirtschaftsraumes)

Diesem Antrag ist eine Bestätigung über das Vorliegen des Befreiungsgrundes angeschlossen. Das Schreiben enthält die Bestätigung über die (Fortsetzung der) Mitgliedschaft und die Höhe des monatlich zu leistenden Beitrages.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Befreiung von der Beitragspflicht zum Wohlfahrtsfonds den Entfall von Leistungen für mich und meine Angehörigen zur Folge hat.

.....
Unterschrift

Hinweis: Der Befreiungstatbestand ist jährlich unaufgefordert nachzuweisen.