Die Ärztekammer Steiermark

Wohlfahrtsfonds

Ärztekammer für Steiermark
Wohlfahrtsfonds
Kaiserfeldgasse 29
8010 Graz

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

……
Datum

Antrag auf Zuerkennung der Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung
gem. § 27 der Satzungen des Wohlfahrtsfonds

Daten der Antragstellerin / des Antragstellers:

Name: _____

Straße Nr.: _____

PLZ Ort: _____

Tel.Nr.: _____

E-Mail: _____

Sozialversicherungsnummer: | | | | | | | | | | |

Bankverbindung: IBAN: _____

BIC: _____

Daten der / des Verstorbenen:

Name: _____

Sterbetag: _____ (Datum)

WICHTIG: Folgende Unterlagen sind unbedingt vorzulegen, da andernfalls Ihr Antrag *nicht* bearbeitet werden kann:

- ☐ **Sterbeurkunde**
- ☐ **Geburtsurkunde der Antragstellerin / des Antragstellers**
- ☐ **Lichtbildausweis der Antragstellerin / des Antragstellers**

Ich erkläre, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Zu Unrecht bezogene Leistungen werden von der Ärztekammer zurückgefordert.

_____
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Drucken