

An die
 Ärztekammer für Steiermark
 z.Hd. Frau Sandra Hafner
 Kaiserfeldgasse 29
 8010 Graz

KREDITANTRAG MIT SELBSTAUSKUNFT

Antragsteller	Vor- und Zuname		Geburtsdatum		
	Dr. med.	_____	___	___	___
gewünschte Zustelladresse bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/> Arzt in Praxis: prakt. Arzt / Facharzt für _____ Kassenvertrag: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein _____ angestellter Arzt bei: _____				
	Wohnungsanschrift			Telefon	
	_____			_____	
	Ordinationsanschrift			Telefon	
	_____			_____	
	email: _____				
	Vor- und Zuname des(r) Ehegatten/-gattin,		Beruf		Geburtsdatum
	_____		_____		___ ___ ___
	Monatliches Nettoeinkommen (Antragsteller bzw. Gatte/Gattin): Die Haushaltsrechnung reiche ich bei der Steiermärkischen Sparkasse ein. _____				
	Anzahl der unterhaltsberechtigten Angehörigen			_____	
Bestehende Schuldverpflichtungen bei Geldinstituten, Privaten, Finanzamt, Klagen, Exekutionen, Bürgschaften, Alimente etc.:					
Grund- - Hausbesitz, Eigentumswohnung:					
KREDIT maximal € 150.000,-	€ _____ 0,000		Rückzahlung des (Gesamt-)Kredites in _____ 0 Monaten		
	Konditionen laut Rahmenvertrag mit der Ärztekammer für Steiermark: Zinssatz _____ 0.00 % p. a.				
Verwendungszweck	<input type="checkbox"/> Praxisgründung <input type="checkbox"/> Praxisübernahme				
Sicherstellung	<input type="checkbox"/> Kreditrestschuldversicherung <input type="checkbox"/> Lebensversicherung: Polizze Nr. _____ Versicherungsanstalt: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> _____				
Die Praxiseröffnung bzw. -übernahme erfolgt(e) am/bis spätestens _____ Bei Nichteröffnung der Praxis verpflichte ich mich zur sofortigen Rückzahlung des Kredites.			_____ Datum und Unterschrift des Antragstellers		
			_____ Datum und Unterschrift der Ärztekammer für Steiermark		
			_____ Datum und Unterschrift der Steiermärkischen Bank und Sparkassen AG		