

Name: .....

Straße Nr.: .....

PLZ Ort: .....

.....  
Datum

Ärzttekammer für Steiermark  
Wohlfahrtsfonds  
Kaiserfeldgasse 29  
8010 Graz

F. 0316-8044-136  
[wff@aekstmk.or.at](mailto:wff@aekstmk.or.at)

### Antrag auf Ermäßigung der Beiträge für das Kalenderjahr 2024

gemäß § 16 Abs. 3 lit. a der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung

Ich ersuche um Ermäßigung des Beitrages zur Grund- und Ergänzungsleistung für das Kalenderjahr 2024, da meine Bruttobezüge aus ärztlicher Tätigkeit die in der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung festgelegte Grenze von EUR 30.000,00 nicht übersteigen.

#### WICHTIG:

**Der bzw. die Jahreslohnzettel 2024 ist bzw. sind dem Ansuchen unbedingt beizulegen.**

Sozialversicherungsnummer:	
IBAN:	

*Wir ersuchen Sie darum, dieses Ansuchen ausschließlich zusammen mit dem/den Jahreslohnzettel/n zu schicken! Ohne Jahreslohnzettel kann Ihr Ansuchen nicht bearbeitet bzw. muss es abgewiesen werden.*

.....  
Unterschrift

#### Hinweis:

Gemäß § 16 Abs. 3 lit. a der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung wird der Beitrag zur Grund- und Ergänzungsleistung um die Hälfte ermäßigt, wenn im Kalenderjahr 2024 die Bezüge gemäß **Kennzahl 245** des Lohnzettels L16 pro Jahr **EUR 30.000,00** nicht übersteigen.

Der Ermäßigungsbetrag ist nachträglich zu versteuern. (Der Rückzahlungsbetrag wird mittels Lohnzettel an das Finanzamt übermittelt.)

**FRISTENDE: 31. März 2025**