



Name:

Straße Nr.:

PLZ Ort:

..... Datum

Ärzttekammer für Steiermark
Wohlfahrtsfonds
Kaiserfeldgasse 29
8010 Graz

Fax: 0316-8044-136
wff@aekestmk.or.at

**Antrag auf Übernahme des Beitrages
zur Grund- und Ergänzungsleistung und um
gänzlichen Ermäßigung der Kammerumlage
bei Bezug des Wochengeldes**

gemäß § 29 Abs. 4 der Satzungen des Wohlfahrtsfonds und § 14 Abs. 1 Umlagenordnung

Ich ersuche um Übernahme des Beitrages zur Grund- und Ergänzungsleistung
(= Pensionsbeitrag) durch den Notstandsfonds und um gänzliche Ermäßigung der
Kammerumlage während der Zeit

des Bezuges des Wochengeldes

vom bis

.....

Unterschrift