

Name:

Straße Nr.:

PLZ Ort:

..... Datum

Ärzttekammer für Steiermark
Wohlfahrtsfonds
Kaiserfeldgasse 29
8010 Graz

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

**Antrag auf Ermäßigung der
Beiträge zur Grund- und Ergänzungsleistung auf EUR 0,00
ab Beginn der erstmaligen selbstständigen Tätigkeit**
gemäß § 9 Abs. 3 lit. c bzw. d der Satzungen des Wohlfahrtsfonds in Verbindung
mit § 6 Abs. 3 lit. c bzw. lit. d der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung

Da ich amerstmalig eine **Ordination** eröffnet habe bzw. eröffnen werde oder eine wohnsitzärztliche oder wohnsitzzahnärztliche Tätigkeit begonnen habe bzw. beginnen werde und dadurch außergewöhnlich wirtschaftlich belastet bin, ersuche ich um **Ermäßigung der Beiträge zur Grund- und Ergänzungsleistung auf EUR 0,00** für einen Zeitraum von 24 Monate bzw. im Ausmaß der noch offenen Monate (im Fall, dass diese Ermäßigung bereits teilweise in Anspruch genommen wurde).

oder

Da ich neben der Ordination auch weiterhin ein Dienstverhältnis habe, möchte ich von der Möglichkeit Gebrauch machen, dass die Beitragsleistung in der Grund- und Ergänzungsleistung derzeit bestehen bleibt und erst bei Beendigung des Dienstverhältnisses die Ermäßigung für die Dauer von 24 Monate beantragen.

oder

Ich verzichte auf diese Ermäßigungsmöglichkeit.
(Hinweis: Eine spätere Beantragung der Ermäßigung ist nicht mehr möglich.)

.....

Unterschrift