

ANTRAGSFORMULAR
PRÄSENZ-/ZIVILDIENTST

Titel, Vorname, Name

Postzustelladresse:

Straße

PLZ, Ort

Private Telefonnummer und E-Mail

An den
Wohlfahrtsfonds der
Ärztelammer für Niederösterreich
Wipplingerstraße 2
1010 WIEN

Übermittlung des Antrages gerne auch per Fax (01/53751-19) oder E-Mail (wff@arztnoe.at).

A N T R A G

Da ich von _____ bis _____ meinen ordentlichen Präsenz- bzw.
Zivildienst absolviere, ersuche ich um

Ermäßigung der Wohlfahrtsfondsbeiträge.

Diesem Antrag ist eine **Bestätigung** über das Vorliegen des Ermäßigungsgrundes
(Einberufungsbefehl bzw. Zuweisungsbescheid) angeschlossen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Beitragsermäßigung gemäß § 17 der Satzung des
Wohlfahrtsfonds eine aliquote **Leistungsreduktion** zur Folge hat. Im Ermäßigungszeitraum
besteht **kein Anspruch** auf Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung oder
Krankenunterstützung.

Datum

Antragsteller

