

**ANTRAGSFORMULAR
SONDERURLAUB
UNTER ENTFALL DER BEZÜGE**
(sofern keine Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit erzielt werden)

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

Hiermit stelle ich den Antrag auf Ermäßigung meiner Wohlfahrtsfondsbeiträge infolge meines Sonderurlaubes unter Entfall der Bezüge.

Begründung für den Sonderurlaub: _____

Ich bestätige, im gegenständlichen Zeitraum keine Einnahmen aus (anderweitiger) ärztlicher Tätigkeit zu erzielen.

Meinem Antrag sind die aktuellen **Nachweise** (Bestätigung des Dienstgebers, AMS-Bescheinigung zum Nachweis einer vereinbarten Bildungskarenz) beigegeschlossen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Beitragsermäßigung gemäß § 17 der Satzung des Wohlfahrtsfonds eine aliquote **Leistungsreduktion** zur Folge hat.

Datum

Antragsteller

