

**ANTRAG AUF BEFREIUNG
VON DER BEITRAGSPFLICHT**
(Mitgliedschaft in einem anderem Wohlfahrtsfonds/Versorgungswerk)

Titel, Vorname, Name

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
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Hiermit beantrage ich gemäß § 112 Abs. 2 Ärztegesetz die Befreiung von der Beitragspflicht zum Wohlfahrtsfonds aufgrund meiner Zugehörigkeit zum

- Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für _____
(anderes Bundesland, **nicht** Niederösterreich)
- _____
(berufsständisches Versorgungswerk außerhalb Österreich)

Sollte eine Zugehörigkeit mit Beitragsleistung zu einem berufsständischen Versorgungswerk außerhalb von Österreich bestehen, ersuchen wir dem Antrag eine aktuelle Mitgliedschaftsbestätigung (nicht älter als 3 Monate) beizulegen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Befreiung von der Beitragspflicht zum Wohlfahrtsfonds den Entfall von Leistungen im Sinne des § 17 der Satzung des Wohlfahrtsfonds zur Folge hat und für die Dauer von maximal **3 Jahren** ausgesprochen wird. Nach Ablauf ist eine Befreiung neuerlich zu beantragen.

Datum

Antragsteller

