

# VOLLMACHT

## **VOLLMACHTGEBER:**

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

An die  
Ärztelammer für Niederösterreich  
Wipplingerstraße 2  
1010 WIEN

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

Hiermit bevollmächtigte ich

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Auskünfte über mein Beitragskonto zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Niederösterreich und der Ärztekammerumlagen einzuholen. Ebenso gilt die Vollmacht auch für die Anforderung von Schriftstücken (z.B. Kontoinformationen), mein Beitragskonto betreffend. Der Bevollmächtigte ist auch befugt, Anträge zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Niederösterreich und den Ärztekammerumlagen in meinem Namen zu stellen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vollmachtgebers

