

RECHTSMITTELVERZICHT

Titel, Vorname, Name

Straße

PLZ, Ort

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).

RECHTSMITTELVERZICHT

Hiermit erkläre ich unwiderruflich, auf die Erhebung einer Beschwerde (Rechtsmittel) gegen den Bescheid des Verwaltungsausschusses

vom _____ (Ausstellungsdatum)

zur Aktenzahl WFF/ _____

zu **verzichten**.

Ich nehme zur Kenntnis, dass der Bescheid mit Einlangen des Rechtsmittelverzichtes bei der Ärztekammer für NÖ in Rechtskraft erwächst. Danach kann der Bescheid nicht mehr bekämpft werden.

Ein Rechtsmittelverzicht kann wirksam nur vor Ablauf der Rechtsmittelfrist (vier Wochen ab Zustellung) erteilt werden.

Datum

Unterschrift Antragsteller/in

