

L 10

ANTRAG AUF
KRANKHEITSKOSTENVERSICHERUNG
gemäß § 41 (1) Satzung WFF

Titel, Vorname, Name

Straße

PLZ, Ort

An den
Wohlfahrtsfonds der
Ärztelammer für Niederösterreich
Wipplingerstraße 2
1010 WIEN

Übermittlung des Antrages gerne auch per E-Mail (wff@arztnoe.at).

Ich erkläre meinen Beitritt zur Krankheitskostenversicherung gemäß § 41 (1) ab: _____

Ich erkläre den Beitritt folgender Familienmitglieder zur Krankheitskostenversicherung
gemäß § 41 (1) ab: _____

Ehegatte/eingetragener Partner/Lebenspartner:

Vorname: _____ geboren am: _____

Kinder:

Vorname: _____ geboren am: _____

Datum

AntragstellerIn

