

L 14

INVALIDITÄTSVERSORGUNG EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG ZUR (ZAHN-)ÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT

An die
Ärztchamber für Niederösterreich
Wohlfahrtsfonds
Wipplingerstraße 2
1010 Wien

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

PERSONALDATEN DES/DER LEISTUNGSBEZIEHERS:

Titel:	
Vorname:	
Nachname:	
Sozial-Vers.Nr.:	Geb.Datum:

Hiermit erkläre ich **eidesstattlich**, dass ich aufgrund der Aufnahme meiner

Tätigkeit

(Bitte einfügen – z.B.: Wohnsitzarzt, Praxis, Anstellung)

in

(Bitte PLZ und Ort angeben)

keine Einnahmen erzielen werde. Sobald ich aus dieser oder einer anderen zukünftig einzutragenden (zahn-)ärztlichen Tätigkeit Einnahmen erzielen sollte, werde ich dies dem Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Niederösterreich umgehend melden. Ich nehme zur Kenntnis, dass in diesem Fall meine Invaliditätsversorgung eingestellt wird. Es wird darauf hingewiesen, dass der Verwaltungsausschuss des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Niederösterreich bei Bedarf die entsprechenden Daten bei Ihrem zuständigen Finanzamt abfragen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)