

WITWEN(R)VERSORGUNG EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG ZUR NICHT WIEDERVEREHELICHUNG

An die
Ärztelammer 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 VERSTORBENEN:

Titel:	Geb.Datum:
Vorname:	
Nachname:	

ANTRAGSTELLER:

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

Hiermit erkläre ich eidesstattlich, nach meiner Scheidung von dem/r oben angeführtem/n Verstorbenen, **nicht wieder geheiratet zu haben.**

Datum

Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers

Anmerkung: Mit Witwe(Witwer) sind auch eingetragene Partner gemeint.

