

ANTRAGSFORMULAR
MUTTERSCHUTZ / KARENZFAQs dazu siehe www.arztnoe.at

Übermittlung des Antrages an den Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Niederösterreich,
Wipplingerstraße 2, 1010 Wien oder per E-Mail (wff@arztnoe.at)

Titel, Vorname, Name**Postzustelladresse:**

Straße

Persönliche Telefonnummer

PLZ, Ort

Persönliche E-Mail-Adresse**A N T R A G**

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Hiermit stelle ich den Antrag auf Ermäßigung meiner Wohlfahrtsfondsbeiträge infolge meines/meiner

- ☐ Mutterschutzes gemäß §§ 3 und 5 Mutterschutzgesetz
Sollten Sie rein freiberuflich tätige Ärztin sein, ersuchen wir um Angabe, in welchem Zeitraum die ärztliche Tätigkeit vorübergehend eingestellt wird/wurde:

- ☐ Karenz infolge Mutterschutzes
- ☐ Familienzeit
- ☐ Väter-Karenz

Meinem Antrag sind die aktuellen **Nachweise** (Errechneter Geburtstermin, ggf. amtsärztliche Bestätigung, Geburtsurkunde, Bestätigung des Dienstgebers/Bestätigung über den Bezug des Kinderbetreuungsgeldes) beigegeschlossen.

Datum

Unterschrift**Hinweis:**

Gemäß § 26 Abs. 2 der Satzung des Wohlfahrtsfonds erwerben WFF-Mitglieder für die Dauer des Mutterschutzes, der Karenz oder der Väter-Karenz trotz Ermäßigung der WFF-Beitragspflicht in der Grundrente 50% des jährlich durchschnittlichen Leistungsanspruches der Mitgliedschaft.

