

ANTRAG AUF BEFREIUNG VON DER BEITRAGSPFLICHT

(Zugehörigkeit zu einem anderem Wohlfahrtsfonds/Versorgungswerk)

FAQs 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

Straße

Persönliche Telefonnummer

PLZ, Ort

Persönliche E-Mail-Adresse

A N T R A G

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Hiermit beantrage ich gemäß § 112 Abs. 2 Ärztegesetz die Befreiung von der Beitragspflicht zum Wohlfahrtsfonds aufgrund meiner Zugehörigkeit zum

- Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für _____
(anderes Bundesland, **nicht** Niederösterreich)

- _____
(berufsständisches Versorgungswerk außerhalb Österreich)

Sollte eine Zugehörigkeit mit Beitragsleistung zu einem berufsständischen Versorgungswerk außerhalb von Österreich bestehen, ersuchen wir dem Antrag eine aktuelle Mitgliedschaftsbestätigung (nicht älter als 3 Monate) beizulegen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Befreiung von der Beitragspflicht zum Wohlfahrtsfonds den Entfall von Leistungen im Sinne des § 17 der Satzung des Wohlfahrtsfonds zur Folge hat und für die Dauer von maximal **3 Jahren** ausgesprochen wird. Nach Ablauf ist eine Befreiung neuerlich zu beantragen.

Hinweis:

Sollte keine andere Angabe gemacht werden, wird Ihr Antrag zum frühest möglichen Zeitpunkt gewertet.

Datum

Unterschrift

