

ANTRAG AUF RATENZAHUNG  
EINES BEITRAGSRÜCKSTANDES

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

Hiermit beantrage ich eine Ratenzahlung meines Beitragsrückstandes in \_\_\_\_\_ Monatsraten  
(mindestens 2 Monatsraten/maximal 36 Monatsraten). In Ergänzung meines Antrages führe  
ich folgende berücksichtigungswürdigen Umstände an:

Ich **ermächtige**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift **einzuziehen**. Zugleich weise  
ich mein Kreditinstitut an, die auf mein Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.  
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die  
Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut  
vereinbarten Bedingungen.

Name Kontoinhaber:in: \_\_\_\_\_  
exakter Kontowortlaut

Bankverbindung: IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Zeichnungsberechtigte:r

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller:in

**Hinweis:**

Wir erlauben uns weiters festzuhalten, dass auf Rückstände, die einer Ratenzahlung  
unterliegen, **Verzugszinsen in Höhe von 6,17 % p.a.** anzuwenden sind. Weiters kann eine  
Ratenzahlung nur bei Unterfertigung der **Einziehungsermächtigung** gewährt werden.

