

VERFÜGUNG HINTERBLIEBENENUNTERSTÜTZUNG

Titel, Vorname, Name

Straße

PLZ, Ort

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

Im Falle meines Ablebens ist die Hinterbliebenenunterstützung an

Herrn / Frau _____

geboren am _____

wohnhaft in _____

auszubezahlen.

Hinweis:

Liegt im Falle des Ablebens keine eigenhändig unterfertigte Verfügung bzw. eine Abtretung im Wohlfahrtsfonds auf, sind folgende Personen in der nachstehenden Reihenfolge für die Gewährung der Hinterbliebenenunterstützung anspruchsberechtigt: a) Witwe(r) b) Waisen c) Sonstige gesetzliche Erben.

Die Verfügung bleibt bis zum schriftlichen Widerruf des Mitgliedes oder bis zu dessen Einbringung einer neuen Verfügung aufrecht.

Datum

Unterschrift Mitglied

