

# WITWEN(R)VERSORGUNG EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG ZUR NICHT WIEDERVEREHELICHUNG

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

**PERSONALDATEN DES VERSTORBENEN MITGLIEDES:**

|           |            |
|-----------|------------|
| Titel:    | Geb.Datum: |
| Vorname:  |            |
| Nachname: |            |

**ANTRAGSTELLER:IN:**

|                  |            |
|------------------|------------|
| 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\_\_\_\_\_  
Unterschrift

*Anmerkung: Die Begriffe „Ehe“ sowie „Witwe:r“ umfassen auch eingetragene Partnerschaften.*

