

Arztnummer:

Name:

Adresse:

An den  
Wohlfahrtsfonds der  
Ärztelammer für Wien  
p.A. Concisa AG

Traungasse 14-16  
1030Wien

## ANTRAG

Hiermit beantrage ich gemäß § 33 der Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Wien die Gewährung einer einmaligen Leistung im höchstmöglichen Ausmaß.

Begründung:

Ich ersuche um Überweisung auf das folgende Konto:

IBAN

BIC

Ausbezahlte Beträge sind nach den Bestimmungen des Einkommenssteuergesetz 1988 zu versteuern.

---

Ort/Datum

---

Stempel/Unterschrift