

ArztNr.

Vorname / Familienname

Anschrift

Ärztelkammer für Wien
c/o Concisa Vorsorgeberatung
und Management AG
Traungasse 14-16
1030 Wien

Fax: +43 /1/ 501 72-1977
Email: aerzte@concisa.at

Erlass wegen einer über 30 Tage währenden Berufsunfähigkeit (Krankenstand)

Ich bin von _____ bis voraussichtlich _____ wegen Erkrankung arbeitsunfähig. Ich ersuche

- den Verwaltungsausschuss des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Wien um Erlass des **Fondsbeitrages** gemäß §10 Abs. 2 lit. e der Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Wien für diesen Zeitraum.*
- die Ärztekammer für Wien um Erlass der **Kammerumlage** für Wien sowie der Kammerumlage zur Österreichischen Ärztekammer gemäß § 6 Abs.1 lit. e der Umlagenordnung der Ärztekammer für Wien für diesen Zeitraum.*

Ordination(en) geschlossen ¹ für den Zeitraum:	vom
	bis
Vertretung Ordination(en):	vom
	bis
Namentliche Bekanntgabe der Vertretung:	

Beilage: Kopie der entsprechenden Bestätigung des behandelnden Arztes.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift

**Zutreffendes bitte ankreuzen*

¹Nur von Ärzten mit Ordination auszufüllen

*Hinweis: Anträge die nicht innerhalb eines Jahres ab Eintritt des Ereignisfalles gestellt werden, finden keine Berücksichtigung!
Anträge auf Verlängerung, die nicht innerhalb eines Jahres ab Ende des bereits gewährten Erlasses gestellt werden, finden keine Berücksichtigung!*