

Arztnummer:

Familienname/Vorname:

Adresse:

An den
Verwaltungsausschuss des
Wohlfahrtsfonds der
Ärztammer für Wien
p.A. Concisa Vorsorgeberatung und
Management AG

Traungasse 14-16
1030 Wien

Antrag auf Befreiung gemäß § 10 Absatz 9 der Satzung des Wohlfahrtsfonds

Ich ersuche hiermit gemäß § 10 Absatz 9 der Satzung des Wohlfahrtsfonds um Befreiung von der Beitragspflicht zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Wien, da ich weiterhin Mitglied des berufsständischen Versorgungswerkes meines Heimatstaates bin.

Anbei übersende ich die Bestätigung über meine Mitgliedschaft zum Versorgungswerk der

_____.

Freundliche Grüße

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift