

Name:

Straße Nr.:

PLZ Ort:

.....
Datum

Ärzttekammer für Steiermark
Wohlfahrtsfonds
Kaiserfeldgasse 29
8010 Graz

Fax: 0316-8044-136
wff@aekestmk.or.at

Ansuchen um Übernahme des Beitrages zur Grund- und Ergänzungsleistung

gemäß § 29 Abs. 4 der Satzungen des Wohlfahrtsfonds und § 14 Abs. 1 Umlagenordnung

Ich ersuche um Übernahme des Beitrages zur Grund- und Ergänzungsleistung
(= Pensionsbeitrag) durch den Notstandsfonds und um gänzliche Ermäßigung der
Kammerumlage während der Zeit

des Bezuges des Wochengeldes

vom bis

.....
Unterschrift