| Name: | |
|---|---|
| Adresse: | |
| ArztNr: | |
| Sozialversicherungsnummer: | |
| An den Verwaltungsausschuss des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Wien p.A. Concisa AG Traungasse 14 – 16 1030 Wien | |
| Antrag auf Zuerkennung der erweiterten Zusat | tzleistung |
| Empfänger einer Altersversorgung, die gemäß Ab | oschnitt I der Beitragsordnung Fondsbeiträge entrichtet haben die erweiterte Zusatzleistung gemäß § 17 c Abs. 1 lit. c der |
| | nd des erweiterten Zusatzleistungskontos, nachdem alle ntskräftig vorgeschrieben und auch bezahlt worden sind. Die ttoren laut Tabelle C der Satzung. |
| Voraussetzungen für die Gewährung der erwe | iterten Zusatzleistung sind: |
| | m Wohlfahrtsfonds einer Landesärztekammer bzw. zahnärztlichen Tätigkeit (Streichung aus der Ärzte- bzw. ner Fondsbeiträge. |
| Antrag auf Zuerkennung der erweiterten Zusat | tzleistung gem. § 17 c Abs. 1 lit. c der Satzung |
| O Hiermit bestätige ich, dass ich meine (zahn Zuerkennung der erweiterten Zusatzleistung. | n)ärztliche Tätigkeit endgültig beendet habe und ersuche um |
| Mein Pensionskonto: | |
| IBAN: | |
| BIC: | |
| | |
| Ort/Datum | Unterschrift |