

B 08  
05/18

**ANTRAG AUF BEFREIUNG  
VON DER BEITRAGSPFLICHT**  
(Mitgliedschaft in einem anderem Wohlfahrtsfonds/Versorgungswerk)

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

An den  
Wohlfahrtsfonds der  
Ärztelammer für Niederösterreich  
Wipplingerstraße 2  
1010 WIEN

*Übermittlung des Antrages gerne auch per Fax (01/53751-19) oder E-Mail ([wff@arztnoe.at](mailto:wff@arztnoe.at)).*

**A N T R A G**  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Hiermit beantrage ich gemäß § 112 Abs. 2 Ärztegesetz die Befreiung von der Beitragspflicht zum Wohlfahrtsfonds aufgrund meiner Zugehörigkeit zum

- Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für \_\_\_\_\_  
(anderes Bundesland, **nicht** Niederösterreich)
- \_\_\_\_\_  
(berufsständisches Versorgungswerk außerhalb Österreich)

Sollte eine Zugehörigkeit mit Beitragsleistung zu einem berufsständischen Versorgungswerk außerhalb von Österreich bestehen, ersuchen wir dem Antrag eine aktuelle Mitgliedschaftsbestätigung (nicht älter als 3 Monate) beizulegen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Befreiung von der Beitragspflicht zum Wohlfahrtsfonds den Entfall von Leistungen im Sinne des § 17 der Satzung des Wohlfahrtsfonds zur Folge hat und für die Dauer von maximal **3 Jahren** ausgesprochen wird. Nach Ablauf ist eine Befreiung neuerlich zu beantragen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Antragsteller

