

VERFÜGUNG HINTERBLIEBENENUNTERSTÜTZUNG

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).

Im Falle meines Ablebens ist die Hinterbliebenenunterstützung an

Herrn / Frau _____

geboren am _____

wohnhaft in _____

auszubezahlen.

Hinweis:

Liegt im Falle des Ablebens keine eigenhändig unterfertigte Verfügung bzw. eine Abtretung im Wohlfahrtsfonds auf, sind folgende Personen in der nachstehenden Reihenfolge für die Gewährung der Hinterbliebenenunterstützung anspruchsberechtigt: a) Witwe(r) b) Waisen c) Sonstige gesetzliche Erben.

Die Verfügung bleibt bis zum schriftlichen Widerruf des Mitgliedes aufrecht.

Datum

Unterschrift des Arztes

