

B 11

10/18

## ANTRAG AUF GUTHABENREFUNDIERUNG

\_\_\_\_\_  
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

Betreffend mein Guthaben beantrage ich die Refundierung dieses Betrages auf mein Girokonto

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
AntragstellerIn

