

ANTRAG AUF RATENZAHLUNG EINES BEITRAGSRÜCKSTANDES

Titel, Vorname, Name

Straße

PLZ, Ort

Private Telefonnummer und E-Mail

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).

A N T R A G

Hiermit beantrage ich eine Ratenzahlung meines Beitragsrückstandes ab _____

(Beginn-Datum der Ratenzahlung) in _____ Monatsraten (mindestens 2

Monatsraten/maximal 36 Monatsraten).

In Ergänzung meines Antrages führe ich folgende berücksichtigungswürdigen Umstände an:

WICHTIGER HINWEIS: Durch die Übermittlung vollständiger und aktueller Nachweise der Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit bzw. allfälliger Nachweise zum jeweiligen Vorbringen ersparen Sie sich unnötige Verzögerungen bei der Bearbeitung Ihres Antrages.

Wir erlauben uns weiters festzuhalten, dass auf Rückstände, die einer Ratenzahlung unterliegen, Verzugszinsen in Höhe von 6,17 % p.a. anzuwenden sind.

Wir ersuchen Sie um Verständnis, dass eine Ratenzahlung nur bei Unterfertigung einer Einzugsermächtigung gewährt werden kann:

An die
Ärztchammer für Niederösterreich
Abteilung Rechnungswesen
Wipplingerstraße 2
1010 Wien

Übermittlung gerne auch per Fax (01/53751 – 19) oder E-Mail (wff@arztnoe.at)

**Betrifft: SEPA-Lastschrift VON FORDERUNGEN
IM RAHMEN DER RATENVEREINBARUNG**

Ich ermächtige, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die auf mein Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen:

Bankverbindung:

IBAN: _____

BIC: _____

Zahlungsempfänger:

Ärztchammer für Niederösterreich
Wohlfahrtsfonds
Wipplingerstraße 2
1010 WIEN

Datum

Unterschrift des Zeichnungsberechtigten

Unterschrift des Antragstellers