

**ANTRAGSFORMULAR
SONDERURLAUB
UNTER ENTFALL DER BEZÜGE**
(sofern keine Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit erzielt werden)

Übermittlung des Antrages an den Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Niederösterreich,
Wipplingerstraße 2, 1010 Wien oder per E-Mail (wff@arztnoe.at)

Titel, Vorname, Name

Postzustelladresse:

Straße

Persönliche Telefonnummer

PLZ, Ort

Persönliche E-Mail-Adresse

A N T R A G

Hiermit stelle ich den Antrag auf Ermäßigung meiner Wohlfahrtsfondsbeiträge infolge meines Sonderurlaubes unter Entfall der Bezüge.

Begründung für den Sonderurlaub: _____

Ich bestätige, im gegenständlichen Zeitraum keine Einnahmen aus (anderweitiger) ärztlicher Tätigkeit zu erzielen.

Meinem Antrag sind die aktuellen **Nachweise** (Bestätigung des Dienstgebers, AMS-Bescheinigung zum Nachweis einer vereinbarten Bildungskarenz) beigegeben.

Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Beitragsermäßigung gemäß § 17 der Satzung des Wohlfahrtsfonds eine aliquote **Leistungsreduktion** zur Folge hat. Im Ermäßigungszeitraum sowie in den ersten drei Monaten nach Ermäßigungsende besteht **kein Anspruch** auf Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung oder Krankenunterstützung.

Datum

Unterschrift

