

ANTRAG AUF RATENZAHLUNG
EINES BEITRAGSRÜCKSTANDES

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

Titel, Vorname, Name

Straße

Persönliche Telefonnummer

PLZ, Ort

Persönliche E-Mail-Adresse

ANTRAG

Hiermit beantrage ich eine Ratenzahlung meines Beitragsrückstandes in _____ Monatsraten
(mindestens 2 Monatsraten/maximal 36 Monatsraten). In Ergänzung meines Antrages führe
ich folgende berücksichtigungswürdigen Umstände an:

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 Kontoinhaber:in: _____

Bankverbindung: IBAN: _____

BIC: _____

Datum

Unterschrift Zeichnungsberechtigte:r

Datum

Unterschrift Antragsteller:in

Hinweis:

Wir erlauben uns weiters festzuhalten, dass auf Rückstände, die einer Ratenzahlung
unterliegen, **Verzugszinsen in Höhe von 6,17 % p.a.** anzuwenden sind. Weiters kann eine
Ratenzahlung nur bei Unterfertigung der **Einziehungsermächtigung** gewährt werden.

