

VOLLMACHT

VOLLMACHTGEBER:IN:

Titel, Vorname, Name

Straße

PLZ, Ort

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

Hiermit bevollmächtige ich

Auskünfte über mein Beitragskonto zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Niederösterreich und der Ärztekammerumlagen einzuholen. Ebenso gilt die Vollmacht auch für die Anforderung von Schriftstücken (z.B. Kontoinformationen), mein Beitragskonto betreffend. Der Bevollmächtigte ist auch befugt, Anträge zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Niederösterreich und den Ärztekammerumlagen in meinem Namen zu stellen und diesbezügliche Auskünfte einzuholen sowie Bescheide entgegenzunehmen.

Datum

Unterschrift Vollmachtgeber:in

