

Name:

Straße Nr.:

PLZ Ort:

.....
Datum

Ärzttekammer für Steiermark

Wohlfahrtsfonds

Kaiserfeldgasse 29

8010 Graz

F. 0316-8044-136

wff@aekestmk.or.at

**Ansuchen um Befreiung von der Beitragspflicht während des
Bezuges des einkommensabhängigen Kinderbetreuungsgeldes
für niedergelassene (Zahn-)Ärztinnen**

gem. § 10 Abs. 8 der Satzungen des Wohlfahrtsfonds

Ich ersuche um Befreiung von der Beitragspflicht während des Zeitraums des Bezuges des

einkommensabhängigen Kinderbetreuungsgeldes (max. 1 Jahr)

vom bis

Das Schreiben von der Versicherungsanstalt liegt als Nachweis für den Leistungsanspruch
des einkommensabhängigen Kinderbetreuungsgeldes bei.

.....
Unterschrift