

**NACHLASS NACHZAHLUNG VON VERMINDERTEN ANWARTSCHAFTEN**

An die  
Ärzttekammer Salzburg  
Wohlfahrtsfonds  
Faberstraße 10  
5020 Salzburg

Sie können den Antrag gerne eingescannt via Email ([wff@aeksbg.at](mailto:wff@aeksbg.at)) übermitteln

**Antragssteller/in**

Titel und Nachname	
Vorname	
Straße	
PLZ und Ort	
Sozialversicherungsnummer bzw. Geburtsdatum	
Telefonnummer	
Email	

**Antrag aufgrund folgender berücksichtigungswürdiger Umstände:**


Ich werde jede diesbezügliche Veränderung dem Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Salzburg unverzüglich mitteilen. Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragsstellers