

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) 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