

ÄRZTEKAMMER FÜR TIROL
Wohlfahrtsfonds
Anichstraße 7
6020 Innsbruck

....., am

Antrag auf Zuerkennung der KINDERUNTERSTÜTZUNG

ab
(gemäß § 29 der Satzung des Wohlfahrtsfonds)

Daten der Antragstellerin / des Antragstellers (= Kind):

Name:
Straße:
PLZ / Ort:
Tel.-Nr(n).:
Geburtsdatum: Email:
Sohn/Tochter von:
(Name des Kammermitglieds)

Sozialversicherungsnummer:
G e b u r t s d a t u m

Bankverbindung:

Geldinstitut:
IBAN: BIC:

Bitte folgende Nachweise beilegen:

- Geburtsurkunde** (Kopie)
- Lehr-/Schul-/Inskriptionsbestätigung** (nur bei Volljährigkeit erforderlich)

.....
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers
(Antragsteller/in ist volljährig)

.....
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
(Antragsteller/in ist nicht volljährig)

Die von Ihnen angegebenen Daten werden datenschutzkonform verarbeitet (nähere Informationen finden Sie auf unserer Homepage).