Name: .....

Geb.Datum: .....

Straße: .....

PLZ / Ort: .....Tel.-Nr.: .....

ÄRZTEKAMMER FÜR TIROL
Wohlfahrtsfonds
Anichstraße 7
6020 Innsbruck

....., am .....

Antrag auf ERMÄSSIGUNG DES BEITRAGES zum Wohlfahrtsfonds

für angestellte Ärzte / Ärztinnen

1. Beschäftigt als:

- ☐ Turnusarzt / Turnusärztin in Ausbildung zum ……
- ☐ Facharzt / Fachärztin
- ☐ Arzt / Ärztin für Allgemeinmedizin
- ☐ Zahnarzt / Zahnärztin

seit: .....

2. Dienstgeber:

- ☐ Bund
- ☐ Tirol Kliniken
- ☐ Drittmittelstelle
- ☐ Lehrpraxis
- ☐ Sonstiges:
- ☐ Militärspital

3. Sonstige Zusatzeinnahmen aus ärztlicher Tätigkeit:* ☐ ja ☐ nein

z.B. Poolgelder, Konsiliare, ärztl. Gutachten

wenn ja, wie viel:

a) im laufenden Jahr …….....

b) im Vorjahr …….....

[Hinweis: Einnahmen entsprechen dem Umsatz]

4. Wirtschaftliche Situation:

Familienstand: ..... Alleinverdiener: ☐ ja ☐ nein

Anzahl und Alter der unterhaltsberechtigten Kinder: .....

5. Monatliche Verpflichtungen / Belastungen / Ausgaben:

.....

.....

6. Sonstige Bemerkungen: (* wenn erforderlich bitte umseitig näher ausführen)

.....

.....

Bitte legen Sie diesem Formular einen aktuellen Gehaltsnachweis zwecks Erhebung der zulässigen Bemessungsgrundlage bei. Wenn Sie nicht Alleinverdiener sind, allenfalls einen Nachweis des monatlichen Familieneinkommens.

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben:

.....
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

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