

**Freiwillige Mitgliedschaft
zum
Wohlfahrtsfonds**

Wichtige Informationen zur freiwilligen Teilnahme am Wohlfahrtsfonds:

- Voraussetzung: Hauptwohnsitz in Tirol oder Karenzierung
- Leistungsanspruch an den Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Tirol (gemäß Satzung) sowie ein zur Altersversorgung anrechenbarer Versicherungszeitraum
- Zahlungsmodalität: ausschließlich mittels SEPA-Lastschriftmandat
- automatische jährliche Datenübermittlung der freiwillig geleisteten Grundrentenbeiträge an das BM für Finanzen zwecks steuerlicher Geltendmachung als Sonderausgaben

Daten des/der Antragstellers/in:

Name:

Straße:

PLZ / Ort:

Telefon:

Ich beantrage hiermit die freiwillige Mitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds auf Grund von

- Arbeitslosigkeit
- Auslandstätigkeit
- Unterbrechung der ärztlichen Tätigkeit
- Sonstige Gründe

für den Zeitraum von bis

.....
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Creditor-ID: AT64ZZZ00000009648

ZAHLUNGSEMPFÄNGER: Ärzttekammer für Tirol, Wohlfahrtsfonds
 Anichstraße 7
 6020 Innsbruck

Mandatsreferenz:

Ich ermächtige die Ärztekammer für Tirol, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Ärztekammer für Tirol auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Hinweis: Es handelt sich um wiederkehrende Zahlungen, welche frühestens am 15.d.M. mit SEPA-Lastschrift eingezogen werden.

Name:

Anschrift:

IBAN:

BIC:

Genaue Bezeichnung des Kreditinstitutes:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift