

VERBINDLICHE BEITRITTSERKLÄRUNG ERHÖHTE FREIWILLIGE KRANKENVERSICHERUNG

- Niedergelassene/r Ärztin/Arzt
- Niedergelassene/r Zahnärztin/Zahnarzt
[bitte ankreuzen]

Titel / Vorname / Zuname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Zeitpunkt der Eröffnung der Praxis
zur Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit:

Beantragter Beitrittszeitpunkt:

Ich akzeptiere die mir ausgehändigten „Teilnahmebedingungen 2024“ der Erhöhten
Freiwilligen Krankenversicherung – Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Tirol
vollinhaltlich.

Weiters erteile ich der Ärztekammer für Tirol, Wohlfahrtsfonds, das nachfolgende
Lastschrift-Mandat für die anfallenden Beiträge zur Teilnahme an der Erhöhten
Freiwilligen Krankenversicherung.

.....
Unterschrift

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

Creditor-ID: AT64ZZZ00000009648

ZAHLUNGSEMPFÄNGER: Ärztchammer 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

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