

Name: .....  
Geb.Datum: .....  
Straße: .....  
PLZ / Ort: .....Tel.-Nr.: .....

ÄRZTEKAMMER FÜR TIROL  
Wohlfahrtsfonds  
Anichstraße 7  
6020 Innsbruck

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

**ANTRAG auf Gewährung der KRANKENUNTERSTÜTZUNG  
laut § 35 „MUTTERSCHUTZ“  
der Satzung des Wohlfahrtsfonds**

Voraussichtlicher Geburtstermin:

*Bitte unbedingt eine ärztliche Bestätigung bzw. eine Kopie des Mutter-Kind-Passes beilegen.*

**MUTTERSCHUTZ:** vom: ..... bis: .....  
(voraussichtlich)

*Ich erkläre, dass ich im o.a. Zeitraum keinerlei ärztliche Tätigkeit, auch nicht gelegentlich, ausgeübt habe. Sollte sich eine Änderung des o.a. Zeitraumes ergeben, werde ich die Ärztekammer für Tirol unverzüglich informieren.*

Bitte unbedingt Ihre Bankverbindung (Ordinationskonto) anführen:

IBAN:

Anmerkung: Zu Unrecht empfangene Leistungen auf Grund falscher Angaben sind zzgl. Kosten zurückzuführen.

*Leistungen aus Mutterschutz sind gemäß § 3 Abs. 1 Z4a EStG einkommensteuerfrei.*

.....  
Unterschrift

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