

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 niedergelassene Ärzte / Ärztinnen und Wohnsitzärzte / -ärztinnen

1. **Niedergelassen als:**     Arzt / Ärztin für Allgemeinmedizin  
   Facharzt / Fachärztin  
   Zahnarzt / Zahnärztin  
  
   **tätig als:**                    Wohnsitzarzt / Wohnsitzärztin  
  seit: .....
2. **Kassenverträge:**        TGKK     KFA     VA     BVA     Keine
3. **Angestelltenverhältnis:**    ja         nein    Dienstgeber: .....
4. **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]
5. **Wirtschaftliche Situation:**  
  
   Familienstand: .....    Alleinverdiener:    ja         nein  
   Anzahl und Alter der unterhaltsberechtigten Kinder: .....
6. **Monatliche Verpflichtungen / Belastungen / Ausgaben:**  
.....  
.....
7. **Sonstige Bemerkungen:** (\* wenn erforderlich bitte umseitig näher ausführen)  
.....  
.....

**Bitte legen Sie diesem Formular einen aktuellen Umsatzsteuerbescheid bzw. eine Vorschau des Steuerberaters zwecks Erhebung der zulässigen Bemessungsgrundlage bei.**

**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).