

**Antrag
auf Befreiung von der
Ergänzungs- und Individualrente im 1. Praxisjahr**

Bei erstmaliger Praxiseröffnung besteht die Möglichkeit, sich von der Ergänzungsrente und der Individualrente befreien zu lassen. Somit bezahlt der/die niedergelassene Arzt/Ärztin im ersten Praxisjahr nur die Grundrente, die Todesfallbeihilfe und die Krankenunterstützung (sowie die Kammerumlagen). Die Dauer der Befreiung beträgt maximal 12 Monate.

Daten des/der Antragstellers/in:

Name:

Straße:

PLZ / Ort:

Telefon:

Die Tätigkeit in der Praxis wird ausgeübt als

- Approbierter Arzt / Ärztin
- Zahnarzt / Zahnärztin
- Arzt / Ärztin für Allgemeinmedizin
- Facharzt / Fachärztin für

Ordinationsadresse:
.....

Hiermit beantrage ich die Befreiung von der Ergänzungs- und Individualrente ab (befristet auf ein Jahr).

Mangels Mitgliedschaft und Beitragsleistung in der Ergänzungs- und Individualrente werden in der Alters-, Invaliditäts-, Witwen/er- und Waisenversorgung keinerlei Leistungsansprüche gegenüber dem Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Tirol erworben.

- Ich bezahle mittels SEPA Lastschrift (siehe Anhang).

.....
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

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

Creditor-ID: AT64ZZZ00000009648

ZAHLUNGSEMPFÄNGER: Ärztekammer 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:

Genauere Bezeichnung des Kreditinstitutes:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

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