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:*** ☐ ÖGK ☐ KFA ☐ SVS ☐ BVAEB ☐ 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).