Die Ärztekammer Steiermark

Wohlfahrtsfonds

Name: .....

Straße Nr.: .....

PLZ Ort: ..... ……
Datum

Ärztekammer für Steiermark
Wohlfahrtsfonds
Kaiserfeldgasse 29
8010 Graz

F: 0316-8044-136
wff@aekstmk.or.at

Antrag auf Zuerkennung der
Krankenbeihilfe bei Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt für niedergelassene (Zahn)Ärzt*innen
gemäß § 28a der Satzungen des Wohlfahrtsfonds

Kur- bzw. Rehabilitationsaufenthalt: vom ..... bis .....

Ergänzende Unterlagen:

- ☐ Bewilligung des Sozialversicherungsträgers **oder** ärztliches Zeugnis über die Notwendigkeit und Dauer der Kur bzw. Rehabilitation
- ☐ Nachweis der ärztlichen Aufnahme- und Schlussuntersuchung
- ☐ Nachweis der absolvierten Therapien
- ☐ Aufenthaltsbestätigung

SV-Nr.: | | | | | Tag | | Monat | | Jahr | |
Geb. Datum

Meine Bankverbindung: IBAN.: .....

.....
Unterschrift

Hinweis: **Antragstellung innerhalb von 12 Wochen ab Beginn des Kur- bzw. Rehabilitationsaufenthaltes.**

Drucken