

Name:

Straße Nr.:

PLZ Ort:

..... Datum

Ärztchamber für Steiermark
Wohlfahrtsfonds
Kaiserfeldgasse 29
8010 Graz

F. 0316-8044-136
wff@aekestmk.or.at

Antrag auf Zuerkennung des Wochengeldes für niedergelassene (Zahn)Ärztinnen

gemäß § 28b Abs. 2 der Satzungen des Wohlfahrtsfonds

Einstellung der (zahn)ärztlichen Tätigkeit
aufgrund des Mutterschutzes am:

voraussichtliche Wiederaufnahme der
(zahn)ärztlichen Tätigkeit am:

[illegible]

Meine Bankverbindung: IBAN:

.....

Unterschrift

Beilagen:

- Kopie des Mutter-Kind-Passes mit dem voraussichtlichen Geburtstermin
- ev. Bestätigung über Frühgeburt, Mehrlingsgeburt oder Sectio
- Geburtsurkunde
- **Bei vorzeitigem Mutterschutz:** Bestätigung durch Amtsarzt oder niedergelassenen Facharzt

Hinweis: Antragstellung innerhalb von 24 Wochen ab Beginn des Mutterschutzes.