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

Ansuchen um Ermäßigung der Beiträge
für das Kalenderjahr 2021
gemäß § 16 Abs. 3 lit. a der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung

Ich ersuche um Ermäßigung des Beitrages zur Grund- und Ergänzungsleistung für das Kalenderjahr 2021, da meine Bruttobezüge aus ärztlicher Tätigkeit die in der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung festgelegte Grenze von EUR 30.000,00 nicht übersteigen.

WICHTIG:
Der bzw. die Jahreslohnzettel 2021 ist bzw. sind dem Ansuchen unbedingt beizulegen.

Sozialversicherungsnummer:	
IBAN:	

Wir ersuchen Sie darum, dieses Ansuchen nur zusammen mit dem/den Jahreslohnzettel/n zu schicken! Ohne Jahreslohnzettel kann Ihr Ansuchen nicht bearbeitet bzw. muss es abgewiesen werden.

.....
Unterschrift

Hinweis:
Gemäß § 16 Abs. 3 lit. a der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung wird der Beitrag zur Grund- und Ergänzungsleistung um die Hälfte ermäßigt, wenn im Kalenderjahr 2021 die Bezüge gemäß **Kennzahl 245** des Lohnzettels L16 pro Jahr **EUR 30.000,00** nicht übersteigen.
Der Ermäßigungsbetrag ist nachträglich zu versteuern. (Der Rückzahlungsbetrag wird mittels Lohnzettel an das Finanzamt übermittelt.)

FRISTENDE: 31. März 2022

Drucken