



Name:

Straße, Nr:

PLZ, Ort:

Datum

Ärztekammer für Steiermark
Wohlfahrtsfonds
Kaiserfeldgasse 29
8010 Graz

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

Antrag auf Ratenzahlung bzw. Stundung für die zum **31.12.2025** fälligen Beiträge

gemäß § 13 Abs. 1 und 2 der Satzungen des Wohlfahrtsfonds iVm
§ 16 Abs. 1 und 2 der Wohlfahrtsfondsbeitragsordnung

Meine Beiträge für das Kalenderjahr 2025 sind aktuell in Höhe von EUR _____, _____
offen.

☐ Ich beantrage eine Ratenzahlung der offenen Beiträge

⇒ in Form von ____ Raten

⇒ zu je EUR _____, _____

⇒ beginnend ab 01. ____ .20 ____.

☐ Ich beantrage eine Stundung der offenen Beiträge bis zum ____ . ____ .20 ____

Erläuternde Informationen:

- Der Termin für die Bezahlung einer Rate ist immer der Monatserste.
- Eine Ratenzahlung bzw. Stundung kann für maximal 12 Monate gewährt werden.

.....
Unterschrift