

.....  
(Absender)

An die  
Ärztchammer für Kärnten  
Wohlfahrtsfonds  
St. Weiterstraße 34  
9020 Klagenfurt

Betrifft: Einstufung - Beitragsvorschreibung

Ordination: ..... seit .....  
(Niederlassung)

Anstellung: ..... seit .....

- Ich ersuche die Ärztekammer für Kärnten mir die Beiträge als freiberuflich tätigen Arzt vorzuschreiben und lege den Einkommensteuerbescheid des Jahres 2015 bei.
- Ich ersuche die Ärztekammer für Kärnten, mich beitragsmäßig als angestellten Arzt einzustufen (aktueller Lohnstreifen liegt bei) und die geleisteten Beiträge für die Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung, Riskengemeinschaft II, zu überweisen an

Bank .....

Konto Nr. ...., IBAN .....

Bankleitzahl ...., BIC-Code .....

.....  
(Datum)

.....  
(Unterschrift)