

(Name, Anschrift)	(Ort, Datum)
-------------------	--------------

An die
Ärztelammer für Kärnten
Wohlfahrtsfonds
St. Weiterstraße 34, 9020 Klagenfurt
wohlfahrt@ekktn.at
FAX: 0463/5856-80

**Betrifft: VERFÜGUNG ÜBER DIE BESTATTUNGSBEIHILFE UND
HINTERBLIEBENENUNTERSTÜTZUNG**

Ich, Dr., geb. am,
verfüge, dass nach meinem Ableben die Bestattungsbeihilfe und die Hinterbliebenenunter-
stützung von Seiten der Ärztekammer für Kärnten ausbezahlt wird an:

....., geb., wohnhaft in
--

....., geb., wohnhaft in
--

....., geb., wohnhaft in
--

Anmerkung*: _____

*) Bei mehreren Empfangsberechtigten ist der Anspruch an obengenannte Personen zu gleichen Teilen aus- zuzahlen, sofern nicht unter „Anmerkung“ eine andere Verfügung gewählt wird.

.....
(Unterschrift)