

Name:

Anschrift:

Arzt-Nr.:

Sozvers-Nr.:

Ärztchammer für Oberösterreich
Wohlfahrtskasse
Dinghoferstraße 4
4010 Linz

AUSZAHLUNG DER TODESFALLBEIHILFE

**Hinterbliebenenunterstützung gem. § 35 b und
Bestattungsbeihilfe gem. § 36 der Satzung der Wohlfahrtskasse**

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

ich ersuche Sie

Frau/Herrn

wohnhaft in

Frau/Herrn

wohnhaft in

Frau/Herrn

wohnhaft in

für die Auszahlung zu begünstigen.

Kollegiale Grüße

Ort, Datum

Unterschrift