
Name des Arztes/der Ärztin

□ □ □ □ □ - □ □
ÖÄK-Arztnummer
lt. Ärzteausweis

Wohnanschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)

An

Baldinger & Partner
als Verrechnungsstelle für Sonderklassehonorare
Ferrogasse 35
1180 Wien

Erklärung über den Verzicht auf Anteile der Sonderklassehonorare zugunsten mitberechtigter Ärzte

Verzicht auf einen ausbezahlten Betrag

Den am □□.□□.□□□□ an mich überwiesenen Betrag iHv € □□□□□□,□□ werde ich an das Auszahlungskonto zurücküberweisen. Ich verzichte rechtsverbindlich auf die Auszahlung dieses Betrages.

Ort, Datum

Unterschrift

genereller Verzicht auf Anteile an den Sonderklassenhonoraren

Ich erkläre rechtsverbindlich, dass ich bis auf Widerruf auf alle Sonderklassehonorare verzichte, die aufgrund meiner Tätigkeit im Krankenhaus □□□□□□□□□□ an der Abteilung □□□□□□□□□□ auf mich entfallen.

Ort, Datum

Unterschrift