

## **Allgemeine Informationsstellen zur Beendigung der Kassenpraxis**

### **Termin – Entscheidungskriterien:**

#### **Steuerrecht**

Ihre SteuerberaterIn oder die  
Steuerberatung in der **Standesführung:**  
jeden Mittwoch 10.30 h -11.30 h

#### **Pensionsrecht**

Concisa -Altersversorgung  
Tel.: 50172/0  
öffentliche Pensionsversicherung

### **Kassenverträge zuständige Sektionen:**

**FachärztInnen:** Frau Rupprecht DW 1259  
**ÄrztInnen für Allgemeinmedizin:** Frau Mag<sup>a</sup>. Milinski DW 1222

### **Ärztliche Tätigkeit nach Beendigung der Kassenpraxis**

Eintragung der Änderungen in die Ärzteliste-Beratung  
Standesführung DW 1205 und 1206, 1296 und Fax: 1429  
Privatpraxis, Wohnsitzarzt, Berufseinstellung, Mitgliedschaft

### **Wohlfahrtsfonds-Pension**

Antrag auf Altersversorgung  
Concisa -01-501-72/0  
Wien 1030, Traungasse 14-16

Bitte beachten Sie bei Beendigung der kassenärztlichen Tätigkeit **Kündigungsfristen** für Gina-Box bzw. Software-Verträge, Haftpflichtversicherung (wenn Sie nicht mehr ärztlich tätig sein werden), Kündigungsfristen des Personals, Miete und Strom.

\*Bei weiterer Tätigkeit als Wahlarzt/Privatarzt oder Wohnsitzarzt muss die Haftpflichtversicherung aufrecht bleiben.



NAME:.....

SV-NR: .....ARZT-NR: W .....

Allgemeinmedizin oder Facharzt für : .....

Praxisadresse: .....

PRIVATADRESSE:.....TEL:.....

**ÄRZTEKAMMER FÜR WIEN**, Tel: 01-51501

Wien am .....

Sektion Allgemeinmedizin: (Klappe 1222 und 1230, FAX-DW 1433)

Sektion Fachärzte: (Klappe 1259 und 1272, FAX-DW 1450)

Standesführung: (Klappe 1296 , 1205 und 1206, FAX-DW 1429)

Wien 1010, Weihburggasse 10-12

### **RÜCKLEGUNG DER KASSENVERTRÄGE:**

Sehr geehrte Damen und Herren!

Hiermit teile ich mit, dass ich per .....die Verträge mit der

- Gebietskrankenkasse
  - BVA
  - VA
  - KFA
  - SVA d. gew. Wirtschaft
  - Gesundenuntersuchungsvertrag
- kündige.

### **WEITERE ÄRZTLICHE TÄTIGKEIT:**

Wahlarzt-Privatordination\*:             JA                             NEIN

Praxis-Adresse: Wien, .....

WohnsitzärztIn\*:                         JA                             NEIN

Anstellung:                                 JA                             NEIN

DienstgeberIn:.....

ICH BEENDE MEINE ÄRZTLICHE TÄTIGKEIT     JA                             NEIN

Mit freundlichen Grüßen