

An die österreichische akademie der ärzte
Weihburggasse 2/5
1010 Wien
Fax: 01/ 512 63 83-13
Mail: akademie@arztakademie.at

Von der österreichischen akademie der ärzte ausfüllen:
Eingangsdatum:

Anmeldung zur Sprachprüfung Deutsch der Österreichischen Ärztekammer

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Betrifft: Antrag auf Erstanmeldung zur Prüfung
 Antrag auf Anmeldung zur Wiederholungsprüfung

Vor- und Zuname: _____ Titel: _____

Geburtsname: _____ Geschlecht (bitte ankreuzen): männl. / weibl.

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Postzustelladresse:

Postleitzahl: _____ Ort: _____ Straße: _____ Nr.: _____

Telefon: _____ Fax: _____

e-mail: _____ Handy: _____

Promotionsdatum: _____ Universität: _____

Fach: _____

Zu welchem Termin wollen Sie die Prüfung ablegen? _____

Prüfungsgebühr: Zahlschein zur Einzahlung der Prüfungsgebühr wird mit der Anmeldebestätigung zugesandt.

Nachweise/Beilagen:

- Kopie Bestätigung über den positiven Abschluss der Deutschprüfung C1
 Kopie Bescheid der Österreichischen Ärztekammer/ Vorschreibung Sprachprüfung Deutsch

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Angaben mittels EDV verarbeitet werden. Ich versichere, dass ich die obigen Angaben richtig und vollständig gemacht habe und nehme zur Kenntnis, dass wissentlich unrichtige Angaben strafbar sind.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Ich gebe meine Zustimmung, dass meine Adressdaten an Dritte, professionell zuverlässige Vertrauensunternehmen, die von der österreichischen akademie der ärzte sorgfältig ausgewählt wurden, weitergeben werden dürfen. (Bei Ablehnung bitte streichen.)