

An die akademie der ärzte
Weihburggasse 2/5 – 1010 Wien
Fax: +43 (1) 512 63 83 -30110

Von der österreichischen akademie der ärzte auszufüllen:
KandidatInnen-Nr.:

Anmeldung zum vorgezogenen MC-Test („Physik-Test“) der ÖÄK Facharztprüfung Radiologie

Prüfungstermin: _____

Titel: _____ Vorname: _____ Nachname: _____

ÖÄK Arztnummer: _____ Geburtsname: _____

Geschlecht: männl. weibl. Geburtsdatum: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Geburtsort: _____

Zustelladresse: Straße, Haus-, Türnr.: _____

Land: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____ Fax: _____

Anzahl der absolvierten Ausbildungsmonate zum Zeitpunkt des Antritts: _____

Ich wünsche Korrespondenz zur Prüfung: per Email per Post

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Angaben mittels EDV verarbeitet werden. Ich versichere, die obigen Angaben richtig und vollständig gemacht zu haben und nehme zur Kenntnis, dass wissentlich unrichtige Angaben strafbar sind. Ich erteile meine Zustimmung, dass meine Kontaktdaten zum Zwecke des Angebots von medizinisch-wissenschaftlicher Fortbildung/Information durch die akademie der ärzte verarbeitet werden können. Diese Zustimmung kann gegenüber der akademie der ärzte, weihburggasse 2/5, 1010 Wien, auch per Email unter akademie@arztakademie.at widerrufen werden.

Datum

Unterschrift AntragstellerIn