

An die Landesärztekammer für

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

(Ärztekammer des Bundeslandes, in dem
Sie derzeit tätig sind bzw. zuletzt tätig waren.)

Anmeldung und Zulassung zur Prüfung Arzt für Allgemeinmedizin

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

Prüfungstermin: _____

Prüfungsort (in der LÄK): _____

Titel: _____ Vorname: _____ Nachname: _____

ÖÄK Arztnummer: _____ Geburtsname: _____

Geschlecht: männl. weibl. Geburtsdatum: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Geburtsort: _____

Zustelladresse: Straße, Haus-, Türnr.: _____

Land: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____ Fax: _____

Promotion: Datum: _____ Universität: _____

ev. Nostrifikation: Datum: _____ Universität: _____

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 bzw. zu diesem Zweck an Dritte (z.B. wissenschaftliche Gesellschaften für Kongressinformationen), an Finanz-Dienstleistungsunternehmen dann, wenn diese in Kooperation mit der österreichischen akademie der ärzte die Prüfung finanziell unterstützen, zu Werbezwecken weitergegeben werden können. Eine diesbezügliche Liste kann unter www.arztakademie.at/downloads abgerufen werden. 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

Eintragung in die Ärzteliste ab Beginn der praktischen ärztlichen Tätigkeit seit _____ Monaten.
(Zeiten des Präsenz-, Zivildienstes und Karenzurlaubes sind nicht anzurechnen)

Anrechnung von ausländischen Ausbildungszeiten gemäß § 14 / 14a Ärztegesetz:

Bescheid der Österreichischen Ärztekammer vom _____

Die Richtigkeit der Angaben des Antragsstellers bzw. der Antragstellerin wurde überprüft:

- Die Zulassung wird befürwortet.
 Die Zulassung wird nicht befürwortet, Begründung:

Datum

Stempel Landesärztekammer

Unterschrift