

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 Facharztprüfung

Sonderfach: _____

Prüfungstermin: _____

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

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

An die Landesärztekammer für

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

*

Zeitbestätigung zur Zulassung zur Facharztprüfung

Es wird bestätigt, dass der Kandidat/ die Kandidatin zum Zeitpunkt der Antragstellung aktuell in der unten genannten Ausbildungsstätte tätig ist.

Titel: _____ Vorname: _____ Zuname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Krankenhaus Lehrambulatorium Lehrpraxis

in Ausbildung zum Facharzt für das Sonderfach

Von _____ bis _____ auf einer genehmigten Ausbildungsstelle

Von _____ bis _____ auf einer genehmigten Ausbildungsstelle

Von _____ bis _____ auf einer genehmigten Ausbildungsstelle

in Ausbildung im Pflichtneben- oder Wahlnebenfach zum Sonderfach

Von _____ bis _____

Von _____ bis _____

Von _____ bis _____

Datum

Unterschrift und Stempel
des Ausbildungsverantwortlichen** bzw. der
Ausbildungsstätte

* Diese Zeitbestätigung dient ausschließlich als Nachweis für die Zulassung zur Facharztprüfung hinsichtlich jener Ausbildungsstätte an welcher der Kandidat zum Zeitpunkt der Antragstellung zur Zulassung aktuell tätig ist. Für die Anrechnung der Ausbildungszeiten ist diese Bestätigung ohne Relevanz.

** LeiterIn der Abteilung der Krankenanstalt oder LehrpraxisinhaberIn