

An die  
Österreichische Akademie der Ärzte GmbH  
Fax: 01 / 512 63 83-30550  
Email: m.atteneder@arztakademie.at

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

Prüfungstermin: \_\_\_\_\_

ÖÄK Arztnummer: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  männl.  weibl.

Titel \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Zustelladresse: Str./Nr.: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (mobil): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Anzahl der absolvierten Ausbildungsmonate zum Zeitpunkt des Antritts: \_\_\_\_\_

Ich versichere, die obigen Angaben richtig und vollständig gemacht zu haben und nehme zur Kenntnis, dass wissentlich unrichtige Angaben strafbar sind.

**Einwilligungen:** (nicht zutreffende Punkte bitte streichen)

Meine Einwilligung kann ich jederzeit unter [akademie@arztakademie.at](mailto:akademie@arztakademie.at) oder unter Akademie der Ärzte GmbH, Walcherstraße 11/23, 1020 Wien widerrufen.

Ich willige ein, dass mit Ausnahme vom Postversand des Prüfungszertifikats sämtliche Korrespondenz (inkl. der Mitteilung über ein ggf. negatives Prüfungsergebnis) an die o.a. Email-Adresse erfolgt.

Ich willige ein, dass die von mir oben angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke des Angebots von medizinisch-wissenschaftlichen Fortbildungen/Informationen durch die Österreichische Akademie der Ärzte GmbH verarbeitet bzw. zu diesem Zwecke an wissenschaftliche Gesellschaften z.B. für Kongressinformationen weitergegeben werden können.

**Wenn gewünscht, ankreuzen:**

Ich willige ein, dass meine Kontaktdaten zu Werbezwecken (Einladung zu Veranstaltungen, ...) an den Sponsoringpartner „Österreichische Ärzte- und Apothekerbank AG“ nach erfolgreicher Prüfung weitergegeben und bis auf Widerruf weiterverarbeitet werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller:in