

An die  
Österreichische Akademie der Ärzte GmbH  
Fax 01 / 512 63 83-30110  
Email m.gedlicka-noestler@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 nehme zur Kenntnis, dass meine Angaben mittels EDV verarbeitet werden und stimme zu, dass meine Prüfung elektronisch durch die Akademie bzw. in deren Auftrag ausgewertet wird. 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 abgesehen vom Postversand des Prüfungszertifikats, sämtliche Korrespondenz (inkl. der Mitteilung über ein ggf. negatives Prüfungsergebnis) an die o.a. Email-Adresse erfolgt. Falls Sie nicht zustimmen, diesen Satz bitte streichen.

Ich erteile meine Zustimmung, dass meine Kontaktdaten zum Zwecke des Angebots von medizinisch-wissenschaftlicher Fortbildung/Information durch die Österreichische Akademie der Ärzte GmbH 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 GmbH die Prüfung finanziell unterstützen, zu Werbezwecken weitergegeben werden können. Eine diesbezügliche Liste kann unter [www.arztakademie.at/downloads](http://www.arztakademie.at/downloads) abgerufen werden. Falls Sie nicht zustimmen, diesen Absatz bitte streichen. Diese Zustimmung kann gegenüber der Österreichischen Akademie der Ärzte GmbH per Email unter [akademie@arztakademie.at](mailto:akademie@arztakademie.at) jederzeit widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift AntragstellerIn