

An die Landesärztekammer für



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

Anmeldung und Zulassung zur Facharztprüfung

Sonderfach: _____

Prüfungstermin: _____

Betrifft: Antrag auf Erstanmeldung zur Prüfung
 Anmeldung zur Wiederholungsprüfung

ÖÖK Arztnummer: _____ Geschlecht: männl. weibl.

Titel _____ Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Geburtsort: _____

Zustelladresse: Str./Nr.: _____

Land: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon (mobil): _____ E-Mail*: _____

Hochschulstudienabschluss, Datum: _____ Universität: _____

Promotion/Nostrifikation, Datum: _____ Universität: _____

Promotion zum Dr.med.dent/
Approbation als Zahnarzt, Datum: _____ ausstellende Behörde: _____

Approbation, Datum: _____ ausstellende Behörde: _____

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 wesentlich 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 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 jederzeit widerrufen werden.

Datum

Unterschrift AntragstellerIn