

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 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.

\_\_\_\_\_  
Datum

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