

bei Ihrer Landesärztekammer

Bitte wählen Sie:

Anmeldung und Zulassung erfolgt bei der Ärztekammer des Bundeslandes, in dem Sie derzeit tätig sind bzw. zuletzt tätig waren.

Sonderfach: Bitte wählen Sie:

Prüfungstermin: _____

Betrifft: Antrag auf

- ☒ Erstanmeldung zur Prüfung
☐ Anmeldung zur Wiederholungsprüfung

ÖÄK Arztnummer: _____

Anrede: ☒ Frau ☐ Herr ☐ neutral

Titel: _____ Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Geburtsort: _____

Zustelladresse: Str./Nr.: _____

Land: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon (mobil): _____ E-Mail: _____

FAP Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie:

Abschluss Studium der Zahnmedizin, Datum: _____ ausstellende Behörde: _____

Ausbildung nach Ärzteausbildungsordnung ☐ 2006 ☒ 2015

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 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.

Formular drucken

Datum _____

Unterschrift Antragsteller:in _____