

An die Landesärztekammer für

Bitte wählen Sie:

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



Anmeldung und Zulassung zur Abschlussprüfung "Notärztin/Notarzt"

Prüfungstermin: _____

Betrifft Antrag auf: Erstanmeldung zur Prüfung
 Anmeldung wegen Säumnis der regelmäßigen Fortbildung
 Anmeldung zur Wiederholungsprüfung

- als Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin
 als Fachärztin/-arzt des Sonderfachs _____
 als Turnusärztin/-arzt in Ausbildung zur/m Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin
 als Turnusärztin/-arzt in Ausbildung zur/m Ärztin/Arzt des Sonderfachs _____

ÖÄK-ID: _____ Geschlecht: männl. weibl.
(wenn vorhanden)

Titel: _____ Vorname: _____ Nachname: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Zustelladresse:

Straße: _____

Land: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon (mobil): _____ E-Mail: _____

Falls noch nicht in die österreichische Ärzteliste eingetragen:

Hochschulstudienabschluss, Datum: _____ Universität: _____

Promotion/Nostrifikation, Datum: _____ Universität: _____

Im Falle einer positiven Ablegung der Abschlussprüfung ersuche ich um automatische Ausstellung des Diploms Notärztin/Notarzt.

Bitte beachten Sie: Für die Ausstellung des Diploms fällt die Ausstellungsgebühr an.

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 Notarzt diploms 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 werden können.

Datum

Unterschrift Antragsteller:in