## Anmeldung und Zulassung zur Prüfung Arzt für Allgemeinmedizin



An die Ärztekammer des Bundeslandes, in dem Sie derzeit tätig sind bzw. zuletzt tätig waren:

Betrifft: Antrag auf	Erstanmeldung (per Mail oder Anmeldung zur Wiederholu	_		,	der Ärzte)
Prüfungstermin:					
ÖÄK Arztnummer:		Anrede:	Frau	Herr	neutral
Titel Vorname:		Nachname:			
Geburtsname:		Geburtsdatum:			
Staatsangehörigkeit:		Geburtsort:			
Zustelladresse: Str./Nr.:					
Land: PLZ:	Ort:				
Telefon (mobil):	E-Mail*	:			
Promotion/Nostrifikation, D	Datum:	Universität:			
Ausbildung nach Ärzteaus		 006 2	 2015		
<b>G</b>	chtig und vollständig gemacht zu haben u			unrichtige Angah	en strafhar sind
negatives Prüfungsergebnis) an die o. Ich willige ein, dass die von mir owissenschaftlichen Fortbildungen/Infor	vom Postversand des Prüfungszertifik. a. Email-Adresse erfolgt. bben angegebenen personenbezogenei rmationen durch die Österreichische Aka für Kongressinformationen weitergegebe	n Daten zum Zwecke o demie der Ärzte GmbH v	des Angebots	von medizinisch-	
Wenn gewünscht, ankreuzen:					
	tdaten zu Werbezwecken (Einladung zu \ ekerbank AG" nach erfolgreicher Prüfung	• ,			en.
Datum	<u> </u>	Linto	rschrift Antra	actollorla	
Von der zuständigen Landesär	rztekammer auszufüllen!	Onte	isomit Ante	igstelleriii	
Eintragung in die Ärzteliste a	ab Beginn der praktischen ärztlic	chen Tätigkeit seit _		Monaten.	
☐ Anrechnung ausländische	er Ausbildungszeiten gemäß § 1	4 ÄrzteG 1998: Bes	cheid der Ö	K vom	
Die Richtigkeit der Angaben	der Antragstellerin / des Antrags	stellers wurde überp	rüft.		
☐ Die Zulassung wird befür	wortet.				
☐ Die Zulassung wird vorbe Erforderliche anzurechne	haltlich des Bescheides gemäß nde Monate:	§ 14 ÄrzteG 1998 b	efürwortet.		
D =: = : : : : : : : : : : : : : : : : :					
☐ Die Zulassung wird NICH	T befürwortet. BEGRÜNDUNG:				
Die Zulassung wird NICH	T befürwortet. BEGRÜNDUNG:				