

An die  
Österreichische Akademie der Ärzte GmbH  
Fax 01 / 512 63 83-30190  
Email a.zehetner@arztakademie.at



**Anmeldung zur mündlich, kommissionellen  
Prüfung Arzt für Allgemeinmedizin  
(fünfter/letzter Prüfungsantritt)**

Betrifft: Antrag auf Anmeldung zur mündlich, kommissionellen Prüfung  
zum Arzt für Allgemeinmedizin (5. Prüfungsantritt)

Prüfungstermin: \_\_\_\_\_ Prüfungsort: **Wien** \_\_\_\_\_

ÖÄK Arztnummer: \_\_\_\_\_ Anrede:  Frau  Herr  neutral

Titel \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Zustelladresse: Str./Nr.: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (mobil): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

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 wissentlich unrichtige Angaben strafbar sind.

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](http://www.arztakademie.at/downloads) abgerufen werden. Diese Zustimmung kann gegenüber der Österreichischen Akademie der Ärzte GmbH per Email unter [akademie@arztakademie.at](mailto:akademie@arztakademie.at) widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

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