An die
Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien
Kurie angestellte Ärzte
Weihburggasse 10-12
1010 Wien
pruefungsgebuehren@aekwien.at

KAMMER FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE IN WIEN

Antrag auf Kostenerstattung
für die Prüfung zum*r Ärzt*in für Allgemeinmedizin und für die Fachärzt*innenprüfung

Angaben zum*r Antragsteller*in

Name: _____ Vorname: _____

ÖÄK-Nummer: _____ Tel.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Kontoinhaber*in: _____

IBAN: _____

Ich stelle den Antrag auf Rückerstattung der Prüfungsgebühren für die (Zutreffendes bitte ankreuzen):

☐ Prüfung zum*r Ärzt*in für Allgemeinmedizin

☐ Fachärzt*innenprüfung

☐ Innere Medizin Grundprüfung (nach ÄAO 2015)

☐ Innere Medizin Schwerpunktprüfung (nach ÄAO 2015)

Datum der Prüfung: _____

Haben Sie bereits Zahlungen bzw. Zuschüsse von anderen Instititionen erhalten:

☐ Ja

☐ Nein

Falls ja:

Institution (z.B. Fachgesellschaft): _____

Betrag der Zahlung bzw. Zuschüsse: _____

Ich absolviere eine Ausbildung/habe folgende Ausbildung absolviert (Zutreffendes bitte ankreuzen):

☐ gemäß ÄAO 2006

☐ gemäß ÄAO 2015

Sollten Sie keine Ausbildungsstätte zum Zeitpunkt des Anmeldeschlusses gehabt haben, geben Sie dies bitte hier an:

☐ Zum Zeitpunkt des Anmeldeschlusses zur Prüfung war ich nicht ärztlich tätig und beim Arbeitsmarktservice (AMS) gemeldet. Eine schriftliche Bestätigung darüber, habe ich beigelegt.

Zu meinem gestellten Antrag erkläre ich, dass ich dem Antrag folgende Unterlagen (Kopien) beigelegt habe:

☐ Bestätigung über die Zulassung zur Prüfung der österreichischen Akademie

☐ Nachweis über die Zahlung der Prüfungsgebühren

☐ Bestätigung über die Arbeitslosigkeit (falls zutreffend)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich folgendes:

- Es wurde noch kein Antrag auf Refundierung der Prüfungsgebühren für das gegenständliche Fach gestellt.
- Ich habe die Voraussetzungen für die Refundierung der Prüfungsgebühren zur Kenntnis genommen (siehe gesondertes Informationsblatt).
- Zu Unrecht refundierte Prüfungsgebühren seitens der Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien können zurückverlangt werden.
- Alle von mir auf diesem Antragsformular getätigten Angaben sind vollständig und korrekt.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass unwahre Angaben zu straf- und disziplinarrechtlichen Folgen führen.
- Ich erteile der Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien ferner die Ermächtigung meine personenbezogenen Daten, sowie die Auswertung der Umfrage zum Zweck der Ausbildungsevaluierung an die österreichische Ärztekammer weiterzuleiten.

Ort, Datum: _____ **Unterschrift der*s Antragssteller*in:** .....

HINWEISE:

Der Antrag auf Refundierung muss binnen drei Monaten ab Prüfungsantritt gestellt werden.

Füllen Sie bitte das Antragsformular vollständig aus. Beachten Sie bitte, dass nur vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formulare bearbeitet werden können.

Senden Sie dieses Formular mit den erforderlichen Beilagen an folgende E-Mail-Adresse: pruefungsgebuehren@aekwien.at bzw. an die am Antragsformular angegebene Adresse. Sie können den Antrag auch persönlich in der zuständigen Abteilung einbringen.

Anträge auf Refundierung werden nach der Reihenfolge des Einlangens bearbeitet. Wir bemühen uns, die Bearbeitungszeit so kurz wie möglich zu halten.

Da zur Evaluierung ein Link an die von Ihnen angegebene E-Mail-Adresse versendet wird, kontrollieren Sie bitte regelmäßig Ihren Posteingang sowie gegebenenfalls auch Ihren Spam-Ordner.