

- dass ich die Voraussetzungen für die Refundierung der Prüfungsgebühren zur Kenntnis genommen habe (siehe gesondertes Informationsblatt)
- dass zu Unrecht refundierte Prüfungsgebühren seitens der Ärztekammer für Wien zurückverlangt werden können
- dass alle von mir auf diesem Antragsformular getätigten Angaben vollständig und korrekt sind und nehme zur Kenntnis, dass unwahre Angaben zu straf- und disziplinarrechtlichen Folgen führen.

Ort/Datum: **Unterschrift der Ärztin/des Arztes:**

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 Email-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 bei fehlender Evaluierung ein Link-Versand an die von Ihnen angegebene Email-Adresse erfolgt, kontrollieren Sie bitte regelmäßig Ihren Posteingang sowie gegebenenfalls auch Ihren Spam-Ordner.

Verpflichtend auszufüllende Felder sind mit einem * gekennzeichnet. Für etwaige Rückfragen wird die Angabe einer Telefonnummer empfohlen.

Zustimmungserklärung

Ich erteile meine Zustimmung, dass die Informationen über die Teilnahme an der Turnusärzteevaluierung durch die Ärztekammer für Wien eingeholt werden und sich die Ärztekammer für Wien zu diesem Zwecke mit dem Ärztlichen Qualitätszentrum OÖ in Verbindung setzt. Ihre Angaben aus der Evaluierung sind selbstverständlich anonym und werden nicht weitergegeben.

Ich erteile der Ärztekammer für Wien ferner die Ermächtigung, meine personenbezogenen Daten an das Ärztliche Qualitätszentrum OÖ weiterzuleiten.

Personenbezogene Daten werden nur zu oben genanntem Zweck verwendet und werden in keinem Fall an Dritte weitergegeben.

Unterschrift der Ärztin/des Arztes:

.....