

Anmeldung zur „Sprachprüfung Deutsch der Österreichischen Zahnärztekammer“



Antrag auf	<input type="checkbox"/> Erstanmeldung zur Prüfung (gemäß § 3 SP-VO) <input type="checkbox"/> Anmeldung zur Wiederholungsprüfung (gemäß § 7 SP-VO)		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Vorname			
Zuname			
Geburtsname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Staatsangehörigkeit			
Muttersprache			
Postzustelladresse:			
Straße			
Postleitzahl			
Ort			
Telefon			
Mobiltelefon			
E-Mail			
Promotionsdatum/ Datum Nostrifizierungsbescheid			
Universität			
Wunschtermin für Ablegung der Prüfung (Monat)			
In welchem Bundesland werden Sie arbeiten?*	<input type="checkbox"/> Burgenland <input type="checkbox"/> Kärnten <input type="checkbox"/> Niederösterreich	<input type="checkbox"/> Oberösterreich <input type="checkbox"/> Salzburg <input type="checkbox"/> Steiermark	<input type="checkbox"/> Tirol <input type="checkbox"/> Vorarlberg <input type="checkbox"/> Wien

* Mit der Angabe des Bundeslandes erkläre ich mich einverstanden, dass mein Prüfungsergebnis an die zuständige Landes Zahnärztekammer weitergeleitet wird.

Aufgrund der der Sprachprüfung nachfolgenden, notwendigen rechtlichen Prüfung über die korrekte Führung akademischer Grade aus dem Ausland durch die zuständige Landes Zahnärztekammer werden Prüfungszertifikate ausschließlich ohne akademischen Titel ausgestellt.

Dem Anmeldeformular beigelegt sind:

- Bestätigung über die Einzahlung der Prüfungsgebühr (in Höhe von € 500, bei Wiederholungsprüfung in Höhe von € 250) auf folgendes Konto: IBAN: AT34 1813 0500 0021 0002, BIC: BWFBATW1 (lautend auf Österreichische Zahnärztekammer)

Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Angaben mittels EDV verarbeitet werden. Ich versichere, dass ich die obigen Angaben richtig und vollständig gemacht habe und nehme zur Kenntnis, dass wissentlich unrichtige Angaben strafbar sind.

Datum/Unterschrift: