48. Diplomlehrgang der Österreichischen Ärztekammer 2025/2026

Klinische:r Prüfärztin:arzt

1. Modul: November 2025; detaillierte Termine auf der Webseite: www.klinischerpruefarzt.at

Ärztliche Leitung: MR.in Univ.-Doz.in Dr.in Anna-Christine Hauser
ÖÄK-Referentin für Klinische Prüfärztinnen und Prüfärzte

ANMELDEFORMULAR

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen und als E-Mail an office@v-k-f.at senden. Bei Fragen wenden Sie sich an das v-k-f office unter +43 (0)1 40513 83 16.

Nachname Vorname

Titel ÖÄK-Nummer Geburtsdatum

Fach / Spezialisierung

Krankenhaus/ Institut/ Abteilung

Straße / Hausnummer

PLZ: Ort:

(Mobil)Telefon E-Mail **(bitte unbedingt anführen)**

Ius practicandi ◯ Ja ◯ Nein

Veranstaltungsort: der Kurs findet zum Teil in Präsenz in Wien und zum Teil als Webinar statt, die Details zu den Terminen finden Sie auf der Website www.klinischerpruefarzt.at; Die Fortbildung wird für das Diplom-Fortbildungs-Programm der Österreichischen Ärztekammer eingereicht.
Teilnahmegebühr: **EUR 3.300,- / Person**, digitale Unterlagen, Präsenzmodule und Prüfung inkl. Kaffeepausen
Zahlungsmodalitäten: Bezahlung der Teilnahmegebühr bis spätestens **31. Oktober 2025**, eine entsprechende Rechnung wird nach Erhalt der Anmeldung übermittelt; Kursplatz fixiert durch Einzahlung
Stornobedingungen: Im Falle eines Rücktritts bis zum 31.Oktober 2025 muss eine Stornogebühr von EUR 500.- einbehalten werden. Bei Rücktritt nach dem 31. Oktober 2025 verfällt die Teilnahmegebühr zur Gänze. Der Rücktritt muss schriftlich erklärt werden.
Änderungen im Programm/Kursabsage: Aufgrund der langfristigen Planung sind organisatorisch bedingte Programmänderungen möglich. Der Veranstalter behält sich Änderungen sowie Kursabsagen auch kurzfristig vor. Die Teilnehmer werden rechtzeitig davon verständigt. Ersatz für entstandene Aufwendungen und sonstige Ansprüche gegenüber dem Veranstalter sind daraus nicht abzuleiten.
Die genauen Informationen zu den **DSGVO Richtlinien** und unsere Datenschutzerklärung finden Sie auf unserer Website: www.klinischerpruefarzt.at unter dem Menüpunkt Datenschutz.

Ich melde mich verbindlich zu dieser Veranstaltung an.

Datum: _____ Unterschrift*: _____

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Datenschutzbestimmungen unter www.klinischerpruefarzt.at (Datenschutz) und die Zahlungsmodalitäten und Stornobedingungen zur Kenntnis genommen habe und stimme diesen zu.*