



An die  
Wiener Akademie für Arbeitsmedizin und Prävention – WIAP OG  
Biberstraße 15/15  
1010 Wien  
Österreich

## ANMELDUNG

zur Ausbildung zum/zur ArbeitsmedizinerIn

2018

|   |   |
|---|---|
| <b>Vor- und Familienname, Titel</b>           |   |
| <b>Straße</b>                                 |   |
| <b>PLZ, Ort</b>                               |   |
| <b>Geburtsdatum, Geburtsort</b>               |   |
| <b>Staatsbürgerschaft</b>                     |   |
| <b>ÖÄK-Nummer</b>                             |   |
| <b>Facharzt für Allgemeinmedizin</b>          | <input type="checkbox"/> (Zutreffendes bitte ankreuzen)             |
| <b>Facharzt für Sonderfach</b>                | <input type="checkbox"/> (Zutreffendes bitte ankreuzen) Sonderfach: |
| <b>Tel.:</b>                                  |   |
| <b>Mail:</b>                                  |   |
| <b>Dienstgeber (nur bei Bedarf ausfüllen)</b> |   |
| <b>Straße</b>                                 |   |
| <b>PLZ, Ort</b>                               |   |
| <b>Tel.:</b>                                  |   |
| <b>Mail:</b>                                  |   |

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Aussagen an!

Ich bestätige hiermit ausdrücklich, dass ich im Besitz der zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes als Arzt für Allgemeinmedizin oder als Facharzt oder als approbierter Arzt notwendigen Berechtigung (ius practicandi) bin.

Ich bestätige hiermit ausdrücklich, dass ich bereits als Turnusarzt mindestens ein Jahr der Ausbildungszeit zum Arzt für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt eines Sonderfaches absolviert habe.

Ich melde mich hiermit für den Ausbildungslehrgang zur/zum ArbeitsmedizinerIn an der Wiener Akademie für Arbeitsmedizin und Prävention (WIAP) verbindlich an.

Ich akzeptiere hiermit, dass ich im Rahmen des Ausbildungslehrgangs Betriebspraktika absolvieren werde, und ich nehme hiermit zu Kenntnis und stimme zu, dass die Wiener Akademie für Arbeitsmedizin und Prävention (WIAP) bzw. deren Gesellschafter für Schäden (wie insbesondere Verletzungen), die mir dabei - aus welchem Grund und zu welchem Zeitpunkt auch immer - entstehen könnten, keinerlei Haftung übernehmen. Außerdem werde ich die WIAP bzw. deren Gesellschafter in keinerlei Haftung nehmen, wenn mir im Rahmen der Ausbildung ein sonstiger Schaden entsteht.

Wir bieten drei verschiedene Zahlungsmodalitäten an:

a.) Einmalzahlung: Die Gesamtkosten betragen € 5.960.

b.) Ratenzahlung (4 Raten): Die Bezahlung erfolgt in vier Teilzahlungen zu je € 1.570. Die Gesamtkosten betragen € 6.280. Die vier Teilzahlungen sind zu folgenden Terminen fällig: unmittelbar nach erfolgter Anmeldung, zwei Monate nach erfolgter Anmeldung, vier Monate nach erfolgter Anmeldung, sechs Monate nach erfolgter Anmeldung.

c.) Ratenzahlung (12 Raten): Die Ausbildungskosten sind monatlich über den Zeitraum von 12 Monaten zu bezahlen. Die Monatsrate beträgt € 535. Die Gesamtkosten betragen € 6.420.

Ich wähle  die Einmalzahlung  
 das Teilzahlungsmodell (4 Raten)  
 das Teilzahlungsmodell (12 Raten)

Rechnungslegung bitte an  die Privatadresse  an den Dienstgeber

Bitte geben Sie den Monat des voraussichtlichen Kurseinstiegs an:

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_