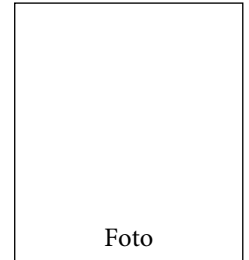


**ÖÄK-DIPLOM  
BEGLEITENDE KREBSBEHANDLUNGEN**

Nachname: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_  
Vorname(n): \_\_\_\_\_  
Akad. Grad(e): \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_



---

**Kontaktdaten privat**

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

---

**Kontaktdaten beruflich**

Firma / Institution: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

---

Rechnung geht an: \_\_\_\_\_

Korrespondenz an:  Privatadresse  berufliche Adresse

Ärzt Nummer: \_\_\_\_\_

Mitglied der österr. Ärztekammer:  ja  nein

## Ausbildungsdaten

### Höchste abgeschlossene Ausbildung

Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Institution: \_\_\_\_\_

Abschlussdatum: \_\_\_\_\_

Turnus bzw. Facharztausbildung: \_\_\_\_\_

abgeschlossen am: \_\_\_\_\_

Derzeitige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Bereits absolvierte  
Zusatzausbildungen:

\_\_\_\_\_

**Abschlusszeugnisse bitte in Kopie mitsenden.**

- Der bzw. die Bewerbende erklärt ausdrücklich, die detaillierte Datenschutzinformation für diesen Lehrgang auf der Website [www.schlosshofen.at/datenschutz](http://www.schlosshofen.at/datenschutz) im Bereich "Datenschutzinformationen für Bewerbende und Studierende in Lehrgängen von Schloss Hofen" gelesen und akzeptiert zu haben. Er bzw. sie verpflichtet sich sowohl die gesetzlichen Bestimmungen als auch die Datenschutzrichtlinien von Schloss Hofen und allfälliger Mitveranstalter des Lehrgangs einzuhalten.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Bewerber(in): \_\_\_\_\_