

Beauftragung mit der Erfassung der Teilnahmebestätigungen auf dem DFP-Fortbildungskonto

Titel, Vor- und Zuname:

ÖÄK-Arztnummer:

Geburtsdatum:

Adresse:

E-Mail-Adresse:

(für die Zusendung der digitalen Rechnung):

Die angegebenen Felder sind Pflichtfelder.

Ich gebe hiermit der Österreichischen Akademie der Ärzte GmbH den einmaligen Auftrag, die übermittelten Teilnahmebestätigungen als Fortbildungseinträge bzw. als Nachweise auf meinem DFP-Fortbildungskonto zu erfassen. Bitte beachten Sie, dass das DFP-Diplom noch zu beantragen ist und die Anerkennung der Fortbildungen im Rahmen des Diplomantrags erfolgt.

Die **Teilnahmebestätigungen** der zu erfassenden Fortbildungen übermitteln Sie bitte an:

- E-Mail: punkte.buchung@meindfp.at
- Fax: 01 512 63 83-30333

Bitte beachten Sie, dass **folgende Fortbildungen erfasst werden können**:

- DFP-approbierete Fortbildungen
- Ausländische Fortbildungen, die mit CME Credits oder mit Fortbildungspunkten der deutschen Landesärztekammern (Kategorien A, B, C, D, F, G, H, I und K) anerkannt sind.
- Supervisionen, Hospitationen, sofern diese den Vorgaben der Verordnung über ärztliche Fortbildung entsprechen.

Das Erfassen von wissenschaftlichen Arbeiten und Buchbeiträgen ist angesichts der speziellen Kriterien nicht Teil des Angebots.

Die **Kosten** dieser Dienstleistung belaufen sich auf:

- EUR 11,50 netto/EUR 13,80 brutto Fixum für die Bearbeitung pro Auftrag/Arzt
- EUR 3,75 netto/EUR 4,50 brutto pro Teilnahmebestätigung (inkl. Einscannen und Hochladen)

Die Österreichische Akademie der Ärzte GmbH wird meine Fortbildungsdaten ausschließlich zum Zwecke der Verwaltung meines DFP-Fortbildungskontos verarbeiten und diese ausschließlich an die Österreichische Ärztekammer zur Dokumentation der Fortbildung weitergeben. Für das Erfassen der Fortbildung bedient sich die Österreichische Akademie der Ärzte GmbH eines externen Dienstleisters (Benefit Büroservice GmbH, Europaplatz 5, 3100 St. Pölten). Die Rechnungslegung erfolgt auf digitalem Wege an die oben angegebene E-Mail-Adresse.

Ort, Datum

Unterschrift