An das

Institut für Interne Revision Österreich
Schönbrunner Strasse 218-220
U4 Center, Stiege B, 3. OG
A – 1120 Wien

IIA 10 Institut für Interne Revision Diplomierter Interner Revisor

Anmeldung zur Prüfung Diplomierter Interner Revisor

Bitte in Blockschrift ausfüllen!

1. Kandidat

☐ Herr ☐ Frau

....
Titel Vorname Nachname

....
Unternehmen MitgliedsNr. IIRÖ

....
Strasse / Gasse / Platz Hausnr.

....
Ort PLZ

....
TelNr. FaxNr.

.....@.....
Mail

2. Rechnungsanschrift

....
Unternehmen Abteilung

....
Strasse / Gasse / Platz Hausnr.

....
Ort PLZ

3. Revisionspraxis

Ich verfüge über nachweisliche Berufspraxis im Bereich der Internen Revision von

..... Jahren ..... Monate

Als Ergänzung zu diesem Punkt beachten Sie bitte das Formular „Nachweis zur Berufspraxis“.

4. Prüfungstermin

☐ 17. Jänner 2019

☐ 13. Juni 2019

Die Prüfung findet in der Akademie Interne Revision, Schönbrunner Strasse 218-220, statt.

IIA 10 Institut für Interne Revision Diplomierter Interner Revisor

....

Ort / Datum Unterschrift

.....

Firmenmäßige Zeichnung / Stampiglie

Nach Bearbeitung Ihrer Anmeldung wird Ihnen vom Institut für Interne Revision Österreich die Rechnung über die Anmelde- und Prüfungsgebühr (einmalige Anmeldegebühr: € 70,00 / Prüfungsgebühr: 400,00) zugesandt. Die Teilnahme am gewählten Prüfungstermin ist nur bei erfolgtem Zahlungseingang möglich.

Institut für Interne Revision Österreich – IIA Austria
Schönbrunner Strasse 218 – 220, U4 Center, Stiege B, A – 1120 Wien
www.internerevision.at

Tel.: +43.1.817 02 91
Fax: +43.1.817 04 14
E-Mail: institut@internerevision.at

IIA 10 Institut für Interne Revision Diplomierter Interner Revisor

Diplomierter Interner Revisor
Nachweis über die berufliche Praxis in der Internen Revision

Bitte in Blockschrift ausfüllen!

1. Kandidat

☐ Herr ☐ Frau

....
Titel Vorname Nachname

2. Bescheinigende Person (Vorgesetzter des Kandidaten)

☐ Herr ☐ Frau

....
Titel Vorname Nachname

....
TelNr. FaxNr.

.....@.....
Mail

3. Berufspraxis

a. Die bescheinigende Person (Pkt. 2) kennt den Kandidaten (Pkt. 1) seit

..... Jahren / ..... Monaten

b. Der Kandidat (Pkt. 1) verfügt über eine nachweisliche Berufspraxis in der Internen Revision von

..... Jahren / ..... Monaten

c. Chronologische Auflistung der Unternehmen und Zeiten

1. ..... tätig von ..... bis .....
2. ..... tätig von ..... bis .....
3. ..... tätig von ..... bis .....
4. ..... tätig von ..... bis .....

....
Ort / Datum Unterschrift der bescheinigenden Person

Institut für Interne Revision Österreich – IIA Austria
Schönbrunner Strasse 218 – 220, U4 Center, Stiege B, A – 1120 Wien
www.internerevision.at

Tel.: +43.1.817 02 91
Fax: +43.1.817 04 14
E-Mail: institut@internerevision.at