

Ich beantrage die Aufnahme in das Register über die Personen mit der Bezeichnung IT-Auditor <sup>IDW</sup> beim  
INSTITUT DER WIRTSCHAFTSPRÜFER IN DEUTSCHLAND e.V.

|             |                          |
|-------------|--------------------------|
| Name:       | Berufsqualifikation(en): |
| Vorname:    | akad. Titel/Grade:       |
| geboren am: | Staatsangehörigkeit:     |

#### Privatanschrift

|          |         |
|----------|---------|
| Straße   |         |
| PLZ/Ort: |         |
| Telefon: | E-Mail: |

Zum IT-Auditor <sup>IDW</sup> anerkannt am:

#### Berufsausübung

|                                         |                                                   |                                                                                      |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>a) selbständige Tätigkeit</b>        | <b>in eigener Praxis</b> <input type="checkbox"/> | <b>in Sozietät</b> <input type="checkbox"/>                                          |
| <b>b) nicht selbständige Tätigkeit:</b> | <b>bei WP-Praxis</b> <input type="checkbox"/>     | <b>bei Partnerschaftsgesellschaft</b> <input type="checkbox"/>                       |
|                                         | <b>bei Sozietät</b> <input type="checkbox"/>      | <b>bei Prüfungsverband</b> (Genossenschaft) <input type="checkbox"/>                 |
|                                         | <b>bei WPG</b> <input type="checkbox"/>           | <b>bei Prüfungsstelle</b><br>(Sparkassen- oder Giroverband) <input type="checkbox"/> |
|                                         | <b>bei StBG</b> <input type="checkbox"/>          | <b>Sonstige</b> <input type="checkbox"/>                                             |
| tätig als:                              | seit:                                             |                                                                                      |

#### Berufsanschrift

|                                                                                                                                             |                     |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------|
| Ort:                                                                                                                                        |                     |         |
| PLZ/Straße:                                                                                                                                 |                     |         |
| PLZ/Postfach:                                                                                                                               | www.                |         |
| Telefon:                                                                                                                                    | Telefax:            | E-Mail: |
| Telefon (Durchwahl)*:                                                                                                                       | E-Mail (direkt)*:   |         |
| Mobiltelefon:                                                                                                                               |                     |         |
| Name der Gesellschaft/<br>Sozietät/des Arbeitgebers:                                                                                        |                     |         |
| assoziiert mit, Partner von (Name, Ort und Qualifikation der Sozien, die WP sind – ggf. der anderen Sozien)<br>(ggf. Zusatzblatt einfügen): |                     |         |
| Name                                                                                                                                        | Titel/Qualifikation | Ort     |
|                                                                                                                                             |                     |         |

Die Übermittlung der IDW Post einschließlich der IDW Life wünsche ich an meine  
Privatanschrift ☐ Berufsanschrift ☐

Mit der Veröffentlichung der durch Raster markierten Daten im Internet bin ich einverstanden.

Ja ☐ Nein ☐

Künftige Änderungen dieser Daten werde ich anzeigen.

Ich bin einverstanden, dass ich per E-Mail aktuelle Informationen erhalte über die Angebote

☐ der IDW Akademie GmbH und ☐ der IDW Verlag GmbH  
Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden

Mit meinem Antrag verpflichte ich mich zur Einhaltung der Bestimmungen in der Richtlinie des Instituts der Wirtschaftsprüfer in Deutschland e.V. (IDW) zur Anerkennung als IT-Auditor <sup>IDW</sup>.

Ort/Datum

Unterschrift

Ihre Daten werden nach Maßgabe der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), insbesondere auf Grundlage von Art. 6, verarbeitet. Informieren Sie sich hierzu in den ausführlichen Einzelinformationen unserer Datenschutzerklärung auf unserer Webseite.