



ÖSTERREICHISCHER
INTEGRATIONS
FONDS

ÖIF - TEST A2

Name _____

Kundennummer _____



Schriftliche Prüfung
LESEN

ÖIF	02	01
-----	----	----

Teil 1

1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
	a	b	c	d	e	f	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
	a	b	c	d	e	f	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
	a	b	c	d	e	f	

Teil 2

4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
	a	b	c	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
	a	b	c	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
	a	b	c	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
	a	b	c	

Teil 3

8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8
	a	b	c	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
	a	b	c	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10
	a	b	c	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11
	a	b	c	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12
	a	b	c	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13
	a	b	c	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14
	a	b	c	
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15
	a	b	c	

Teil 4

16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16
	a	b	c	
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17
	a	b	c	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18
	a	b	c	
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19
	a	b	c	
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20
	a	b	c	

Bitte geben Sie dieses Blatt nach „Lesen“ bei der Prüfungsaufsicht ab!

Name _____

Kundennummer _____



**Schriftliche Prüfung
HÖREN**

ÖIF	01	01
-----	----	----

Teil 1

1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
	a	b	c	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
	a	b	c	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
	a	b	c	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
	a	b	c	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
	a	b	c	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
	a	b	c	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
	a	b	c	

Teil 2

8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8
	a	b	c	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
	a	b	c	

Teil 3

10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10
	a	b	c	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11
	a	b	c	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12
	a	b	c	

Teil 4

13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13
	richtig	falsch	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14
	richtig	falsch	
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15
	richtig	falsch	

Bitte geben Sie dieses Blatt nach „Hören“ bei der Prüfungsaufsicht ab!



ÖSTERREICHISCHER
INTEGRATIONS
FONDS

ÖIF - TEST A2

Name _____

Kundennummer _____



**Schriftliche Prüfung
SCHREIBEN**

ÖIF	03	01
-----	----	----

Für die
Bewertung

--	--

Bitte geben Sie dieses Blatt nach „Schreiben“ bei der Prüfungsaufsicht ab!