



Medizinische Dienste

► Bewilligungen und Support

Bewilligungen
Malzgasse 30
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 95 26
E-Mail: bewilligungen-bs@hin.ch
www.gesundheit.bs.ch

Meldung einer Praktikantin/eines Praktikanten in einer einer Arztpraxis oder ambulante Einrichtung für Ärztinnen und Ärzte

Praxis oder Ambulante Einrichtung für Ärztinnen/Ärzte

Fachliche Leitung
(Name der verantwortl. Pers.)

Name der Praxis
(Ambulante Einrichtung)

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Eigentümer

Telefon

Mobil

Mailadresse

Website

Die Beschäftigung als Praktikantin/Praktikant erfolgt:

befristet, für die Zeit von:

bis

Personalien Praktikantin/Praktikant

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht m w

Staatsangehörigkeit

Bürgerort/Kanton
(bei Ausländern: Geburtsort/-land)

Zivilstand

Wohnadresse Praktikantin/Praktikant

Strasse				Nr.
Postleitzahl	Ort		Land	
Sprachen	Deutsch	Französisch	Italienisch	Englisch
weitere				

Angaben zur bisherigen Tätigkeiten

Haben Sie bereits ein Praktikum absolviert?	ja	nein
---	----	------

Die/der Unterzeichnende bestätigt mit ihrer/seiner Unterschrift, dass die gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ort und Datum

Stempel/Unterschrift
fachliche Leitung

Ort und Datum

Unterschrift des
Praktikanten