



## Medizinische Dienste

### ► Bewilligungen und Recht

Bewilligungen  
Malzgasse 30  
CH-4001 Basel

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

# 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		
<b>Sprachen</b>	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

--