



## 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](http://www.bs.ch/md)

# Meldung einer Praktikantin / eines Praktikanten bei einer Chiropraktikerin / Chiropraktor im Kanton Basel-Stadt

### Praxis für Chiropraktik

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)

Geburtsname

Zivilstand

## **Private Adresse Praktikantin/Praktikant**

## Strasse

Nr.

## Postleitzahl

## Ort

Land

## Sprachen

Deutsch

Französisch

Italienisch

## Englisch

weitere

## **Angaben zur bisherigen Tatigkeiten**

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

### **Unterschrift der fachlichen Leitung**

## Ort und Datum

### Unterschrift des Praktikanten