



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 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 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	<input type="text"/>
---------------	----------------------

Unterschrift der fachlichen Leitung

Ort und Datum	<input type="text"/>
---------------	----------------------

Unterschrift des Praktikanten
