



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 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

Unterschrift der fachlichen Leitung

Ort und Datum

Unterschrift des Praktikanten