

Aufnahmeformular

Praxisadresse (Korrespondenzadresse) 

Vorname / Name _____

Praxis _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Email _____

Tel _____

Facharzttitel _____

Geb-Datum _____

Privatadresse

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Notfalldienst / UKBB (Wochenende & Feiertage) 

Tel / Mobile _____

Arbeitspensum _____ %

IBAN-Nr _____

Kontoinhaber _____

Adresse _____

(Die Entschädigung wird quartalsweise durch die MedGes Basel ausbezahlt)

Beilagen 

- CV
- FMH / Titelerkennung
- Berufsausübungsbewilligung / Verfügung
- Staatsexamen / Äquivalent

Datum / Unterschrift _____