

Aufnahme in die Medizinische Gesellschaft Basel

Praxis/Berufsadresse:

Name / Vorname _____
Praxisname _____
Strasse _____
PLZ / Ort _____
Telefon / Fax _____
Email _____

Privatadresse:

Strasse _____
PLZ / Ort _____
Telefon _____

Diverses

Geb. Datum _____
Heimatort _____
Ort des Staatsexamen _____
Jahr des Staatsexamen _____
Facharzttitle 1 _____
Facharzttitle 2 _____

Sprachkenntnisse

Englisch Italienisch Französisch _____ _____

Auszufüllen für praktizierende Ärztinnen und Ärzte

ZSR-Nummer / K-Nummer beantragen

Beginn Praxistätigkeit _____
Berufsausübungsbewilligung Basel-Stadt per _____
Beitritt zum Tarmed Rahmenvertrag / Anschlussvertrag _____