

Fragebogen zur Bewerbung für die Mitgliedschaft der Ärztegesellschaft Baselland

Name / Vorname _____

GLN-Nr. _____

Geburtsdatum _____ Staatsangehörigkeit _____

Praxis/Berufsadresse ab/seit _____

Name Praxis _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

selbständig angestellt Stellenprozente _____

Gemeinschaftspraxis mit _____

Facharzttitle 1 (Titel, Jahr, Ort) _____

Facharzttitle 2 (Titel, Jahr, Ort) _____

Medizinstudium (Zeitraum, Ort) _____

Arztdiplom (Jahr, Ort) _____

Promotion (Jahr, Ort) _____

Weiterbildung (Jahr, Ort) _____

Bisherige Tätigkeit (wann, wo) _____

jetzige berufl. Tätigkeit

gewünschte Aufnahme (ab)

Privatadresse

Strasse

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

gewünschter Tutor*

(*Erfahrener Arzt, der in der Anfangsphase der Praxistätigkeit beratend zur Seite steht.)

Ort/Datum _____

Unterschrift _____