



VERPFLICHTUNGSSCHEIN

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Heimort/Staat: _____

Privatadresse: _____

Praxis-/Berufsadresse: _____

ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS
DU CANTON DE BERNE

Amthausgasse 28
CH-3011 Bern
T 031 330 90 00
info@berner-aerzte.ch

Bisherige/letzte Tätigkeit: Praxistätigkeit Chefarzt/Chefärztin Leitender Arzt/leitende Ärztin
 Oberarzt/Oberärztin Belegarzt/Belegärztin _____

seit - bis: _____ Pensum: _____

Neue Tätigkeit: Praxistätigkeit Chefarzt/Chefärztin Leitender Arzt/leitende Ärztin
 Oberarzt/Oberärztin Belegarzt/Belegärztin _____

per: _____ Pensum: _____

ZSR- oder K-Nummer: vorhanden wird beantragt wird nicht benötigt

Facharzttitel: _____

Telefonnummer Privat: _____

Telefonnummer Arbeit: _____

E-Mail: _____

Der/die Unterzeichnende nimmt zur Kenntnis, dass für die Aufnahme in die Ärztegesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) ebenfalls ein Gesuch um Beitritt in den zuständigen ärztlichen Bezirksverein (ABV) gestellt werden muss. Zudem verpflichtet sich der/die Unterzeichnende für den Fall der Aufnahme, die Statuten und Beschlüsse der BEKAG und des ABV sowie die Statuten der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH und die Beschlüsse der Schweizerischen Ärztekammer anzuerkennen.

Ort, Datum

Unterschrift
Stempel