



VERPFLICHTUNGSSCHEIN

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Heimatort/Staat:

Privatadresse:

Praxis-/Berufsadresse:

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 Ärztesgesellschaft 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