



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

VERPFLICHTUNGSSCHEIN

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Heimatort: _____

Diplomjahr: _____

Praxisadresse: _____

Praxiseröffnung per: _____

ZSR- oder K-Nummer: _____

Gruppenpraxis mit: _____

Spezialarzt FMH: _____

Telefonnummer Praxis: _____

Telefonnummer Privat: _____

Telefax: _____

E-mail: _____

Der/die Unterzeichnende, der/die ein Gesuch um Beitritt in den ärztlichen Bezirksverein und damit in die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern gestellt hat, verpflichtet sich hiermit für den Fall der Aufnahme, die Statuten und Beschlüsse dieser Vereine sowie die Statuten der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte und die Beschlüsse der Schweizerischen Ärztekammer anzuerkennen.

_____, den _____

Unterschrift: _____
Stempel: