



ÆRZTEGESELLSCHAFT  
DES KANTONS BERN  
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS  
DU CANTON DE BERNE

Postgasse 19, Postfach  
CH-3000 Bern 8  
T 031 330 90 00  
F 031 330 90 03  
bekag@hin.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: