



Anmeldebogen für Belegärzte

Angaben

Vorname

Nachname

Strasse

PLZ/Ort

Telefonnummer

E-Mail

ZSR-Nummer

GLN-Nummer

Akkreditierung per / Datum

Ihre Bankverbindung

Name der Bank

IBAN

allfällige weitere Bankangaben

Wir bitten Sie, Ihre Tätigkeitsaufnahme als Belegarzt an unserem Institut an die Administration Medizin der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (kantonsarzt.sekretariat@gd.zh.ch) zu melden.

Datum

Stempel / Name und Unterschrift

Bitte stellen Sie uns mit dieser Anmeldung folgende Unterlagen zu:

- FMH-Titel
- Berufsausübungsbewilligung Kt. ZH
- Haftpflichtnachweis