



Anmeldebogen für Belegärzte

Angaben

Vorname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

ZSR-Nummer	<input type="text"/>
GLN-Nummer	<input type="text"/>

Akkreditierung per / Datum

Ihre Bankverbindung

Name der Bank	<input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/>

allfällige weitere Bankangabe

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	<input type="text"/>	Stempel / Name und Unterschrift	<input type="text"/>
-------	----------------------	---------------------------------	----------------------

Bitte stellen Sie uns mit dieser Anmeldung folgende Unterlagen zu:

- FMH-Titel
- Berufsausübungsbewilligung Kt. ZH
- Haftpflichtnachweis