



## Medizinische Dienste

### ► Bewilligungen und Support

Bewilligungen  
Malzgasse 30  
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 95 26  
E-Mail: bewilligungen-bs@hin.ch  
www.gesundheit.bs.ch

# Meldung einer Praktikantin/eines Praktikanten bei einer Chiropraktikerin/ Chiropraktor im Kanton Basel-Stadt

## Praxis für Chiropraktik

Fachliche Leitung  
(Name der verantwortl. Pers.)

Name der Praxis  
(Ambulante Einrichtung)

Strasse Nr.

Postleitzahl Ort

Eigentümer

Telefon Mobil

Mailadresse Website

---

## Die Beschäftigung als Praktikantin/Praktikant erfolgt:

befristet, für die Zeit von: bis

---

## Personalien Praktikantin/Praktikant

Name

Vorname

Geburtsdatum Geschlecht m w

Staatsangehörigkeit

Bürgerort/Kanton  
(bei Ausländern: Geburtsort/-land)

Geburtsname Zivilstand

---

**Private Adresse Praktikantin/Praktikant**

Strasse				Nr.
Postleitzahl	Ort		Land	
<b>Sprachen</b>	Deutsch	Französisch	Italienisch	Englisch
weitere				

**Angaben zur bisherigen Tätigkeiten**

Haben Sie bereits ein Praktikum absolviert?  ja  nein

Die/der Unterzeichnende bestätigt mit ihrer/seiner Unterschrift, dass die gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ort und Datum

Unterschrift der fachlichen Leitung

Ort und Datum

Unterschrift des Praktikanten