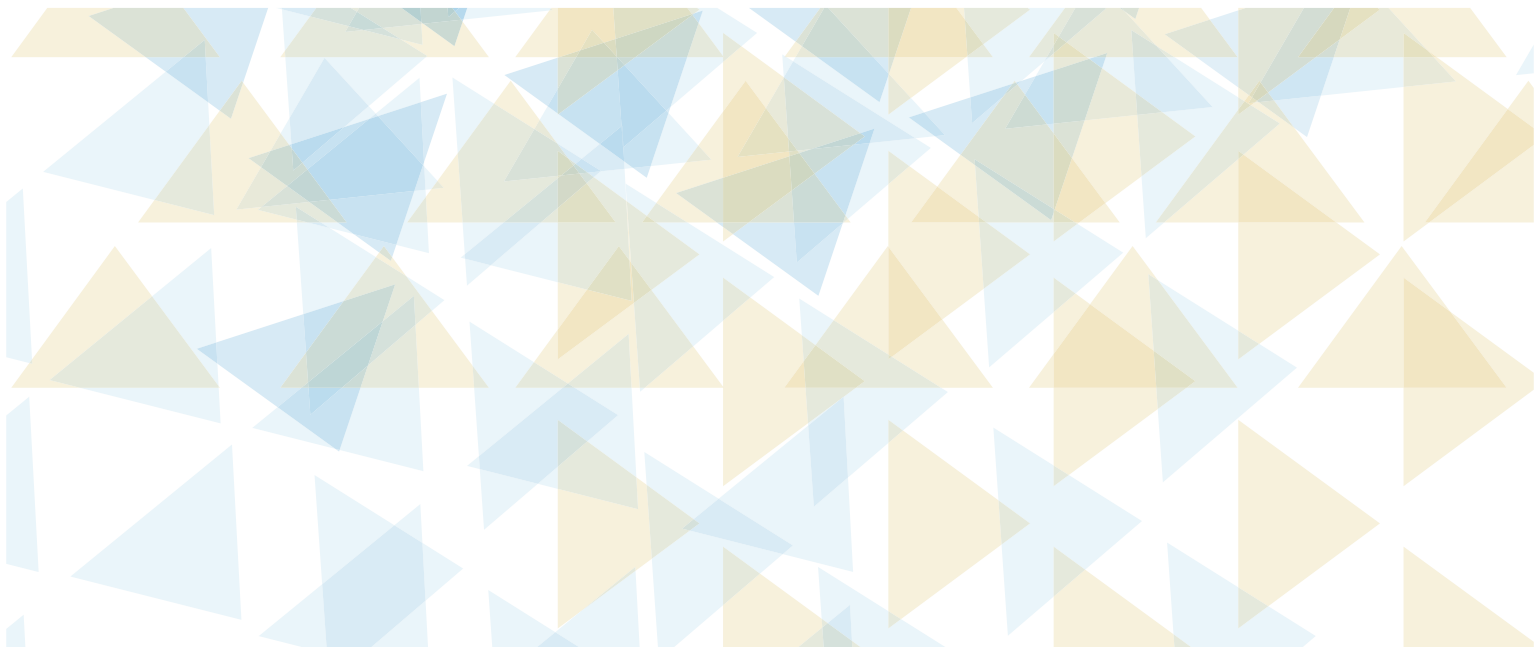




PERSÖNLICHE AKKREDITIERUNGSUNTERLAGEN

für Beleg- und Konsiliarärzte

Name: _____



ANGABEN ZUR PERSON

Name: _____

Vorname: _____

Geburtstag: _____

Titel FMH: _____

Spezialgebiete:

PRIVAT

Adresse: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mobile: _____

E-Mail: _____

PRAXIS

Praxisname: _____

Adresse: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Geheimnummer: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Website: _____

LEBENS LAUF / BERUFLICHER WERDEGANG IM ÜBERBLICK

Detaillierter Lebenslauf mit Foto

NACHWEISE

(bitte in Kopie beilegen)

Arztdiplom

Diplom FMH

Praxisbewilligung

Haftpflichtpolice

ANGABEN ZUM OPERATIONSSPEKTRUM

(bei operativ tätigen Ärzten)

Beschreibung des Spezialgebiets innerhalb des Fachgebiets inkl. Schwerpunkte:

Besondere OP-Techniken/benötigtes Sonderinstrumentarium:

Operationsvolumen (geschätzte Anzahl Eingriffe pro Jahr)

- Stationäre Eingriffe in der Klinik Pyramide (P, HP, SZ): _____

- Ambulante Eingriffe im Haus zur Pyramide gemäss Mietkonditionen: _____

Datum/Ort: _____

Unterschrift: _____

Bitte Antrag unterschreiben und mit Unterlagen einsenden an:
Klinik Pyramide am See, Direktion, Bellerivestrasse 34, 8034 Zürich
oder in elektronischer Form an: ggeorge@swissmedical.net

