

Gesuch um Berufsausübungsbewilligung in Weiterbildung (Arzt, Apotheker, Chiropraktor)

Name :

Vorname :

Frühere Name :

Geburtsdatum:

Nationalität :

Heimatort :

Name des Arbeitgebers oder Einrichtung :

Name des Vorgesetzten / Ausbildungsleiter :

Dauer der Anstellung : vom bis Prozent

Nur für Ärzte :

Die Weiterbildungsstelle kann eine allfällige weitere Verlängerung nur in der Dauer bewilligt werden in welcher die entsprechende Arztpraxis eine Weiterbildungsberechtigung durch das ISFM hat.

Ausbildung

- Eidgenössisches Diplom
Datum :
- ausländisches Diplom, in der Schweiz von der MEBEKO anerkannt
Datum :
- ausländisches Diplom, registriert bei MEBEKO jedoch nicht anerkannt
Datum :
- Registrierung der Sprachkenntnisse durch MEBEKO
Datum :

Wurden Sie bereits im Wallis zur Berufsausübung bewilligt ? Ja Nein

Wurden Sie bereits in einem anderen Kanton zugelassen ? Ja Nein

Name des letzten Arbeitgebers :

Bemerkungen :

Durch seine Unterschrift bezeugt der Gesuchsteller, dass er im Zusammenhang mit der Ausübung seines Berufes nicht Gegenstand von administrativen Sanktion war.

Ort und Datum :

Unterschrift :