



Kantonsärztlicher Dienst

Meyerstrasse 20
Postfach 3439
6002 Luzern
Telefon 041 228 60 90
Telefax 041 228 67 33
kad@lu.ch
www.kantonsarzt.lu.ch

BEWILLIGUNGSGESUCH für die Beschäftigung einer Arzt-Stellvertretung

Stellvertreter / Stellvertreterin

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Heimatort:

Wohnadresse:

Telefon privat: Telefon Geschäft:

() Eidg. oder vom BAG anerkanntes
Arztdiplom Ort: Ausstellungsdatum:

() Eidg. oder vom BAG anerkannter
Weiterbildungstitel Ort: Ausstellungsdatum:

Die Richtigkeit der oben genannten Angaben bestätigt:

Ort und Datum

Unterschrift

.....

.....

Gesuchstellende Arztpraxis

Name:

Strasse:

PLZ: Ort:

Telefon: Fax:

Stellvertretung von: bis:

Ort und Datum

Unterschrift

.....

.....