



TEILNAHME-ERKLÄRUNG

Name, Vorname:

FMH-Facharzttitel:

Adresse:

.....

Berufsausübung im Kanton:

bitte in Blockschrift ausfüllen

Der/die unterzeichnende Arzt/Ärztin, Mitglied der SBV teilt die Auffassung, den zusatzversicherten Patienten bei einem Spitalaufenthalt in der Halbprivat- oder Privatabteilung ein erweitertes ärztliches Leistungsangebot zukommen zu lassen, und er verpflichtet sich entsprechend gegenüber der SBV, dies den Patienten anzutragen.

Der/ die Unterzeichnende wünscht

ein VERPFLICHTUNGSATTEST FÜR 2016 BIS 2018

Der/die unterzeichnende Arzt/ Ärztin, Mitglied der SBV, der/die ein Verpflichtungsattest anfordert,

wünscht *

wünscht nicht*

***Zutreffendes bitte ankreuzen**

auf einem für die Patienten bestimmten, öffentlich zugänglichen Verzeichnis auf der Web-Site der SBV aufgeführt zu werden.

Bitte dieses Formular umgehend zurücksenden an

**Schweizerische Belegärzte-Vereinigung
Moosstrasse 2, 3073 Gümligen
Fax: 031 952 76 83 oder E-Mail: info@svbp.ch**

Ort, Datum : Unterschrift:

Stempel: