



Aargauischer Ärzteverband

Ambulant ärztlicher Notfalldienst

Bitte retournieren Sie uns diesen Fragebogen ausgefüllt **innert 10 Tagen** an:
aav-cuel@hin.ch oder Aargauischer Ärzteverband, Im Grund 12, 5405 Baden-Dättwil

Anrede:

☐

Frau

☐

Herr

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Arbeitstätigkeit im Kanton Aargau in Prozent (%):

Aufnahme Praxistätigkeit:

Tätigkeitsgebiet:

Praxisadresse:

Telefon:

E-Mail:

Aktuell keine Arbeitstätigkeit im Kanton Aargau:

☐

Notfalldienstpflicht im Spital

☐

Arbeitsort:

Datum:

Unterschrift:
