

Ambassadorshof
4509 Solothurn
Telefon 032 627 93 71
Telefax 032 627 93 51
gesundheitsamt@ddi.so.ch

**Meldung der Anstellung von
Heilpraktiker / Heilpraktikerinnen
mit Stellvertreterfunktion**

Arbeitgeber/in

Name: _____ Vorname: _____
Praxis: _____ Strasse: _____
PLZ/Ort: _____ Tel.-Nr. Praxis: _____
E-Mail: _____ Fax Nr. Praxis: _____

Angestellte Person mit Stellvertreterfunktion

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Heimatstaat: _____
Arbeitsbeginn: _____ Stellenprozent : _____

Von Arbeitgeber/in zu prüfende Unterlagen

- Lebenslauf:
- Diplom Datum _____
- Nachweis der geforderten Ausbildungsstunden gemäss Weisung vom 4.12.2006
- Haftpflichtversicherung ist Sache des Praxisinhabers

Der/Die Unterzeichnete bestätigt hiermit, dass die obigen Dokumente vorliegen und von Ihm/Ihr geprüft worden sind.

Ort und Datum

Unterschrift Arbeitgeber/Arbeitgeberin

Beilage:

- Weisung 4. 12. 2006