

GESUCH

für die Bewilligung zur privatwirtschaftlichen Berufsausübung in eigener fachlichen Verantwortung als **Zahnarzt/ Zahnärztin** gemäss Gesundheitsgesetz vom 21. Februar 2008.

Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:	Bürgerort / Staat:	
Datum der Praxiseröffnung:	GLN-Nummer:	
Vorgesehener klinischer Arbeitsumfang:	%	
Wohnadresse:	Praxisadresse:	
Tel. (P):	Tel. (G):	
Fax (P):	Fax (G):	
E-Mail (P):	E-Mail (G):	
Haben Sie schon in einem anderen Kanton/Land eine Praxis fachverantwortlich geführt? (Wenn ja, bitte Kantone/Länder angeben und Kopien der Bewilligungen sowie Unbedenklichkeitserklärungen ausgestellt durch die betr. Kantone/Länder beilegen.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist Ihnen je die Ausübung des Zahnarztberufes von der zuständigen Aufsichtsbehörde untersagt oder eingeschränkt worden? (Wenn ja, bitte auf gesondertem Blatt erläutern) ja / nein		
Sie werden in dieser Praxis arbeiten: <input type="checkbox"/> als selbständig Erwerbende Person <input type="checkbox"/> als angestellte Person		

Mit diesem Antrag einzureichende Unterlagen:

1. Kopie des eidgenössischen Zahnarzt diploms oder der Anerkennungsbestätigung durch das Bundesamt für Gesundheit, Medizinalberufekommission (MEBEKO) in Bern.
2. Ggf. Kopie Promotionsurkunde (Dokortitel)
3. Auszug aus dem Schweizerischen Strafregister (Original, nicht älter als 3 Monate)
4. Liste der bisherigen zahnärztlichen Tätigkeit inklusive Arbeitszeugnisse. (Kopie)
5. Ggf. Bestätigung der unbescholtenen Berufsausübung (Unbedenklichkeitserklärung) durch die Aufsichtsbehörde des letzten Arbeitsortes, wenn schon eine bewilligungspflichtige Tätigkeit ausgeübt wurde.
6. Für Ausländer/-innen eine Aufenthalts- und Arbeitsbewilligung oder die Grenzgänerbewilligung des kantonalen Arbeitsamtes.

Das Gesuch mit den Unterlagen ist mindestens 2 Monate, aber nicht früher als 6 Monate vor der Praxiseröffnung der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Basel-Landschaft, Kantonszahnärztin, Bahnhofstrasse 5, Postfach 639, 4410 Liestal, einzureichen.

Eine erteilte Bewilligung wird hinfällig, wenn die Praxis nicht zum vorgesehenen Zeitpunkt eröffnet wird.

Die/der Unterzeichnende bestätigt hiermit, dass die eingeforderten und gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. Sie/er erklärt sich ferner mit der Übermittlung allfälliger Bewilligungsakten von früheren Arbeitsorten an die Kantonszahnärztin einverstanden.

Ort/Datum

Unterschrift
