



Gesuch um Erteilung einer Spezialbewilligung «Arzt Patientenbesuch»

D3

Name, Vorname:	<input type="text"/>		
Berufsbez., Fachgebiet:	<input type="text"/>		
Praxisadresse:	<input type="text"/>	PLZ, Ort:	<input type="text"/>
Privatadresse:	<input type="text"/>	PLZ, Ort:	<input type="text"/>
Telefon G:	<input type="text"/>	Telefon P:	<input type="text"/>
E-Mailadresse:	<input type="text"/>		
Kontrollschilder (max. 3):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dem Gesuch sind folgende Unterlagen beizulegen

- Kopie des Fahrzeugausweises bei ausserkantonalen oder ausländischen Fahrzeugen.

Bemerkungen:

Ich wünsche folgende Art der Bezahlung:

- Vorauszahlung der Bewilligung (*ESR* erhalten Sie per E-Mail*)
 Vorauszahlung der Bewilligung (*ESR* erhalten Sie per Post*)
 Bezahlung der Bewilligung per Kreditkarte via Telefon (*Tel.-Nr. für Rückruf bitte angeben*)
 Bezahlung und Bezug der Bewilligung am Schalter der Bewilligungsstelle

**ESR = Einzahlungsschein mit Referenznummer*

Fortsetzung auf Seite 2 →



Gesuch um Erteilung einer Spezialbewilligung «Arzt Patientenbesuch»

D3

Bestätigung des Gesuchstellers/der Gesuchstellerin

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Ort, Datum</i>	<i>Stempel und Unterschrift</i>

Bestätigung: Ärzteverbands der Bezirke Zürich und Dietikon, Freiestrasse 138, 8032 Zürich

Kontaktperson: Telefon:

E-Mailadresse:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Ort, Datum</i>	<i>Stempel und Unterschrift</i>