



87.232/mz  
30.11.2013

### 1. Ihre Kontaktdaten:

**Name:** Schwarz

**Vorname:** Heinrich

**Adresse:** Ambassadorshof

**Ort:** Solothurn

**PLZ:** 4509

**E-mail Adresse:** heinrich.schwarz@ddi.so.ch

**Telefon:** 032 627 93 66

**2. Ich stimme dem Entwurf der Interkantonalen Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen (Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung WFV) zu.**

Ja

Nein

Begründung/Bemerkungen

**3. Spezifische Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln der Vereinbarung.**

**Art. 1**

**Art. 2**

**Art. 3**

**Art. 4**

**Art. 5**

**Art. 6**



**Art. 7**

**Art. 8**

**Art. 9**

**Art. 10**

**Art. 11**

**Art. 12**

**4. Ich stimme dem erläuternden Bericht zur Interkantonalen Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen (Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung WFV) zu.**

Ja

Nein

Begründung/Bemerkungen

**5. Weitere spezifische Bemerkungen zum erläuternden Bericht.  
Bitte geben Sie die Nummer des betreffenden Kapitels an.**

Bemerkungen