



Aufnahmegesuch für die SGK/SSODF

Der unterzeichnende Bewerber / die unterzeichnende Bewerberin bittet um Aufnahme in die Schweizerische Gesellschaft für Kieferorthopädie SGK/SSODF.

Bitte in Blockschrift schreiben!

Name: **Vorname:**

Titel: **Geburtsdatum:**

Adresse Privat: **Tel.:**

.....

Adresse Arbeitsort: **Tel.:**

E-Mail öffentlich: **E-Mail privat:**

Staatsexamen: Ort:

Staatsexamen: Ort: **Datum:**

Dissertation: Ort: **Datum:**

Fachzahnarzt für Kieferorthopädie: Nein
 Ja, in welchem Land

Datum:

Mitglied SSO seit:

Als Gast an welcher Jahresversammlung SGK/SSODF anwesend gewesen?

Ort: **Datum:**

Die unterzeichnenden Paten sind Mitglieder der SGK/SSODF und unterstützen das Aufnahmegesuch:

1. Name: **Unterschrift:**

2. Name: **Unterschrift:**

Datum: **Unterschrift:**

Einzureichen an den Geschäftsführer: Sekretariat SGK/SSODF, Thunstrasse 82, PF 1009, 300 Bern 6