



## DEMANDE D'ADMISSION

Demande d'admission en qualité de:	membre ordinaire	membre associé
Êtes-vous déjà membre de la SSO?	oui	non

Nom : .....	Prénom : .....
Date de naissance : .....	Nationalité: .....
Adresse privée: .....	
NPA et localité : .....	
Tél : .....	Fax: .....
Email : .....	Portable : .....
Reprise de cabinet:    oui    non    Si oui, de qui : .....	
Forme de pratique professionnelle:	cabinet seul                      cabinet de groupe
	autre: .....
Adresse professionnelle : .....	
NPA et localité : .....	
Tél : .....	Fax: .....
Email : .....	Site internet: .....

### Diplôme de médecin-dentiste

fédéral	autre: .....	date: .....
université: .....		
Pour les étrangers, date de la reconnaissance du diplôme: .....		

### Titres universitaires et spécialisations

fédéral	autre: .....	date: .....
titre: .....		
université: .....		
fédéral	autre: .....	date: .....
titre: .....		
université: .....		
fédéral	autre: .....	date: .....
titre: .....		
université: .....		

Pour les étrangers, date de la reconnaissance du/des titre(s) de spécialiste:.....

### Sociétés professionnelles ou scientifiques

Êtes-vous ou avez-vous été membre d'associations professionnelles? Si oui, lesquelles?

..... Depuis quand? .....

..... Depuis quand? .....

..... Depuis quand? .....

Avez-vous été exclu d'une société professionnelle?                      oui                      non

Si oui, de laquelle: .....

### Droit de pratique

Avez-vous ou avez-vous eu le droit de pratiquer la médecine dentaire en dehors du canton de Fribourg? Si oui, dans quel canton/quel pays et pendant quelle période?

..... Du ..... au .....

..... Du ..... au .....

..... Du ..... au .....

Avez-vous été privé du droit de pratique?                      oui                      non

Si oui, quand et où: .....

Date de l'obtention du droit de pratique dans le **canton de Fribourg**: .....

Droit de pratique en qualité de:      indépendant                      dépendant

   autre: .....

### Personnes de référence

Prière d'indiquer nom, prénom et numéro de téléphone de 2 à 3 personnes de référence:

..... Tél: .....

..... Tél: .....

..... Tél: .....

Ces données seront traitées de façon confidentielle.

Le candidat déclare avoir pris connaissance du règlement d'admission, des statuts de la SSO-Fribourg, et du code de déontologie de la SSO et s'engage à les respecter. De plus, le candidat autorise le responsable des admissions à se renseigner auprès de toutes autorités ou organisations professionnelles.

Lieu et date: .....      Signature: .....

### Annexes

Curriculum vitae, copie du/des diplôme(s); copie du/des droit(s) de pratique, lettre de recommandation/certificat de bonne conduite