



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: | | |

