



## Mitgliedschaftsantrag

Name: ..... Vorname: .....

Titel: ..... Geburtsdatum: ..... Adresse: .....

Postleitzahl: ..... Ort: .....

Tel: ..... Fax: ..... E-Mail: .....

Homepage: .....

Eigene Praxis:  ja  nein wenn ja → Datum der Praxiseröffnung: .....

## Ausbildung

Eidg. Staatsexamen Jahr: ..... Universität: .....

Master of Dental Medicine Jahr: ..... Universität/Land: .....

Anderes Zahnarzt Diplom Jahr: ..... Universität/Land: .....

Promotion Jahr: ..... Universität/Land: .....

## Weiterbildung in Kinderzahnmedizin

WBA SSO in Kinderzahnmedizin Jahr: .....

Universitäre Weiterbildung Ort: ..... von: ..... bis: .....

Schulzahnklinik Ort: ..... von: ..... bis: .....

## Besondere Erfahrungen und Interessen

### Ich beantrage die Aufnahme als Mitglied in die SVK

Ich bin bereits Mitglied der Schweiz. Zahnärzte-Gesellschaft SSO  ja  nein

Ort: ..... Datum: ..... Unterschrift: .....

### Bestätigung von zwei Paten (SVK-Mitglieder)

Name: ..... Vorname: ..... Unterschrift: .....

Name: ..... Vorname: ..... Unterschrift: .....

Bitte einsenden an:

Sekretariat SVK, Kongressadministration L&H AG, Schlossgutweg 30, CH-3073 Gümligen

Fax: +41 31 954 60 35 E-Mail: info@kinderzahn.ch