Schweizerische Gesellschaft für dentomaxillofaziale Radiologie

SRDMF

Socièté suisse de radiologie dentaire et maxillo-faciale

SRDMF

Società svizzera di radiologia dentomaxillofacciale

SADMFR
Swiss Association of Dentomaxillofacial Radiology

Aufnahmegesuch

Name:	Vorname:
Beruf:	Titel:
Geburtsdatum:	Nationalität:
Praxisadresse:	
Strasse:	PLZ/Ort:
Telefon;	E-Mail:
Privatadresse:	
Strasse:	PLZ/Ort:
Telefon:	
Diplom:	
☐ Eidgenössisches Diplom	☐ Ausländisches Diplom
Datum:	Universität:
Promotion/Dr. Titel:	
Datum:	Universität:
☐ Aktivmitglied A der SSO	☐ Aktivmitglied B der SSO seit
☐ Spezialistentitel:	☐ Weiterbildungsausweis:
Datum:	Unterschrift: