

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: _____