



**SGDMFR**  
**SSRDMF**  
**SADMFR**

Schweizerische Gesellschaft für Dentomaxillofaziale Radiologie  
Société suisse de radiologie dentaire et maxillo-faciale  
Società svizzera di radiologia dentomaxillofacciale  
Swiss Association of Dentomaxillofacial Radiology

## Aufnahmegesuch

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_

### Praxisadresse:

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon; \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Privatadresse:

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Natel: \_\_\_\_\_

### 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: \_\_\_\_\_