



Demande d'adhésion

Nom : Prénom :

Titre : Date de Naissance : Adresse :

Codi postale : Ville :

Tél : Fax: E-Mail:

Homepage:

Cabinet privé : ☐ ja ☐ nein si oui → Date de l'ouverture du cabinet :

Formation professionnelle

☐ Diplôme fédérale Année : Université :

☐ Master of Dental Medicine Année : Université / Pays :

☐ Autres diplôme(s) Année : Université / Pays :

☐ Promotion Année : Université / Pays :

Formation postgrade en médecine dentaire pédiatrique

☐ Certificat SSO en médecine dentaire pédiatrique Année :

☐ Université Lieu : de : à :

☐ Clinique dentaire Lieu : de : à :

Expériences et intérêts particuliers

.....

Je demande l'adésion comme membre à l'ASP

Je suis déjà membre de la société suisse des médecins-dentistes SSO

☐ oui

☐ non

Lieu : Date : Signature:

Confirmations de deux parrains (membres ASP)

Nom : Prénom : Signature :

Nom : Prénom : Signature:

Envoyer svp à :

Secrétariat ASP c/o Kongressadministration L&H AG
Theaterplatz 5, CH-5400 Baden, 079 438 40 40
svk@kongressadministration.ch