



DEMANDE D'ADMISSION

Demande d'admission en qualité de:	membre ordinaire	membre associé
Êtes-vous déjà membre de la SSO?	oui	non

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Nationalité:
Adresse privée:	
NPA et localité :	
Tél :	Fax:
Email :	Portable :
Reprise de cabinet: oui non Si oui, de qui :	
Forme de pratique professionnelle:	cabinet seul cabinet de groupe
	autre:
Adresse professionnelle :	
NPA et localité :	
Tél :	Fax:
Email :	Site internet:

Diplôme de médecin-dentiste		
fédéral	autre:	date:
université:		
Pour les étrangers, date de la reconnaissance du diplôme:		

Titres universitaires et spécialisations		
fédéral	autre:	date:
titre:		
université:		
fédéral	autre:	date:
titre:		
université:		
fédéral	autre:	date:
titre:		
université:		

Pour les étrangers, date de la reconnaissance du/des titre(s) de spécialiste:.....

Sociétés professionnelles ou scientifiques

Êtes-vous ou avez-vous été membre d'associations professionnelles? Si oui, lesquelles?

..... Depuis quand?

..... Depuis quand?

..... Depuis quand?

Avez-vous été exclu d'une société professionnelle? oui non

Si oui, de laquelle:

Droit de pratique

Avez-vous ou avez-vous eu le droit de pratiquer la médecine dentaire en dehors du canton de Fribourg? Si oui, dans quel canton/quel pays et pendant quelle période?

..... Du au

..... Du au

..... Du au

Avez-vous été privé du droit de pratique? oui non

Si oui, quand et où:

Date de l'obtention du droit de pratique dans le **canton de Fribourg**:

Droit de pratique en qualité de: indépendant dépendant

autre:

Personnes de référence

Prière d'indiquer nom, prénom et numéro de téléphone de 2 à 3 personnes de référence:

..... Tél:

..... Tél:

..... Tél:

Ces données seront traitées de façon confidentielle.

Le candidat déclare avoir pris connaissance du règlement d'admission, des statuts de la SSO-Fribourg, et du code de déontologie de la SSO et s'engage à les respecter. De plus, le candidat autorise le responsable des admissions à se renseigner auprès de toutes autorités ou organisations professionnelles.

Lieu et date: Signature:

Annexes

Curriculum vitae, copie du/des diplôme(s); copie du/des droit(s) de pratique, lettre de recommandation/certificat de bonne conduite