

 Herr Frau**Name**

Vorname

Beruf, Titel

Geburtsdatum

Heimort (Ausländer: Nationalität)

Diplom: Jahr

 eidgenössisch anderes:

Postgraduate Ausbildung(en):

Adresse Geschäft

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Fax

Homepage

E-Mail

Adresse Privat

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Handy

Mitgliedschaft in StandesorganisationSSO Ja Nein

Kategorie

andere

Spezialistentitel Ja (Jahr) Nein

Welcher

Dürfen Ihre Adressdaten von der SGAEZ publiziert werden?

 Ja Nein

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Schweizerische Gesellschaft für ästhetische Zahnmedizin SGAEZ. Falls dieser Antrag angenommen wird, sind für die Dauer meiner Mitgliedschaft Statuten, Reglemente und Beschlüsse der SGAEZ für mich verbindlich. Zudem verpflichte ich mich, die ethischen Grundsätze der Gesellschaft zu achten und deren Ziele zu unterstützen.

Unterschrift**Datum**

Bitte ausfüllen und zurückschicken an:
Dr. Markus P. Lorch, Präsident SGAEZ, Parkweg 2, CH-4665 Oftringen