

Aufnahmegesuch SSO Solothurn

Wir freuen uns, dass Sie der Zahnärztesgesellschaft des Kantons Solothurns beitreten möchten.
Bitte senden Sie dieses Formular vollständig ausgefüllt und zusammen mit den Beilagen an:
SSO Solothurn, Gaby Frutiger, Mühlemattstrasse 50, 5000 Aarau, info@sso-solothurn.ch

Bitte beachten Sie:

- Gemäss Statuten der SSO Solothurn folgt nach der Aufnahme eine **Gastmitgliedschaft**. Darüber entscheidet der Vorstand. Ihr Gesuch wird anschliessend an das Sekretariat der SSO-Schweiz in Bern weitergeleitet. Nach einer in der Regel zweijährigen Gastmitgliedschaft entscheidet die Mitgliederversammlung über die definitive Aufnahme in die Sektion.
- Von unseren (Neu-)Mitgliedern erwarten wir die grundsätzliche Bereitschaft, aktiv am Vereinsleben teilzunehmen, unsere Anlässe zu besuchen und auch Chargen im Vorstand oder in Kommissionen zu übernehmen.
- Es werden zwei **Mitgliederkategorien** A und B unterschieden, **bitte wählen Sie aus:**
 - A:** Sie sind im Besitz einer Berufsausübungsbewilligung (**BAB**) des Kantons Solothurn. Sie arbeiten in eigener fachlicher Verantwortung.
 - B:** Sie besitzen keine BAB und arbeiten unter Aufsicht eines BAB-Inhabers (z. B. Assistenten).

Ihre Personalien:

Name: Vorname:
 Strasse: PLZ Ort:
 Telefon: E-Mail:
 Geburtsdatum: Nationalität:
 GLN-Nummer: Heimatort:

Universitärer Abschluss:

Schweiz Ausland
 Universität: Universität:
 Titel: Titel:
 Datum eidg. dipl.: Anerkennung MEBEKO? Datum:

Arbeitsstelle: Sie sind ...

- niedergelassen in eigener Praxis seit
- niedergelassen in Praxismgemeinschaft* seit
- Assistent/In in Praxis von bei mehreren Praxen bitte alle angeben
- Andere Funktion (.....) in Praxis

*Gemeinschaftspraxen: Umfasst die Praxis mehrere Zahnärzte, so haben all jene, die über eine BAB verfügen, ebenfalls der SSO anzugehören respektive beizutreten.

Praxis:
 Strasse: PLZ Ort:
 Telefon: Webseite:

Empfehlung/Paten:

Ich habe von folgenden zwei Aktivmitgliedern der SSO-Solothurn eine Aufnahmeempfehlung erhalten:

Name Vorname: Name Vorname:
 Praxisort: Praxisort:
 Datum/Unterschrift: Datum/Unterschrift:

Beilagen: Lebenslauf inklusive Foto, Kopie Staatsexamen, Kopie weiterer akademischer Titel

Ich anerkenne mit meiner Unterschrift die Statuten und Reglemente der Sektion Solothurn sowie die Leitlinien, Statuten, Reglemente und Standesordnung der SSO.

Ort, Datum: Unterschrift:

Wird durch den Vorstand ausgefüllt: Die Aufnahme als Gastmitglied in die SSO Solothurn wurde vom Vorstand beschlossen am:
 Unterschrift Vorstandsmitglied: