

ANMELDEFORMULAR SSP

Für Mitgliedschaft als : AA UM GM

NAME :

Vorname :

Adresse :

PLZ :

Ort :

Tel :

Fax :

Email :

SSO Mitglied: ja nein seit :

wenn nicht SSO Mitglied Unterschrift von 2 SSP-Mitgliedern mit Adresse:

1. Mitglied : (bitte leserliche Namen)

2. Mitglied :

von den Statuten und Reglementen habe ich Kenntnis genommen
(online: www.parodontologie.ch)

Ort und Datum

:

Unterschrift: