



SSO-Sekretariat
 Mitgliederadministration
 Münzgraben 2
 Postfach
 3001 Bern

Meldeformular Mitgliederkategorie / Bestätigung für das Jahr

Hiermit bestätigen wir, dass

Name, Vorname	
Strasse	
PLZ/Ort	
Mailadresse	

wie folgt angestellt ist:
 Zutreffendes ankreuzen

<input type="checkbox"/>	Zahnarzt/Zahnärztin angestellt bei juristischer Person (AG, GmbH, Genossenschaft, Verein, etc.) in leitender Position mit eigener fachlicher Verantwortung
<input type="checkbox"/>	Zahnarzt/Zahnärztin angestellt bei juristischer Person (AG, GmbH, Genossenschaft, Verein, Einzelpraxis etc.) ohne leitende Position mit eigener fachlicher Verantwortung
<input type="checkbox"/>	Zahnarzt/Zahnärztin angestellt bei juristischer Person (AG, GmbH, Genossenschaft, Verein etc. oder Universität oder öffentlich-rechtlichen Institution etc.) unter fachlicher Aufsicht
<input type="checkbox"/>	Zahnarzt/Zahnärztin angestellt in Einzelpraxis oder Praxisgemeinschaft (Personengesellschaft) unter fachlicher Aufsicht
<input type="checkbox"/>	Zahnarzt/Zahnärztin hauptberuflich an einer zahnmedizinischen schweizerischen Universität oder an einer öffentlich-rechtlichen zahnmedizinischen Institution in der Schweiz tätig und reduziert Privatpatienten auf eigene Rechnung und in eigener Verantwortung in der Schweiz behandelnd. Der Prozentsatz der behandelten Privatpatienten beträgt <input type="checkbox"/> 0 – 20 % <input type="checkbox"/> 21 – 50 % <input type="checkbox"/> mehr als 51 %
<input type="checkbox"/>	Assistenz Zahnärzte/Assistenz Zahnärztinnen in einer reglementierten zahnärztlichen Weiterbildung, die zum Fachzahnarzt/zur Fachzahnärztin oder zum Weiterbildungsausweis SSO führt (Bitte Studienbestätigung einreichen).

Datum:
 Unterschrift Antragsteller/Antragstellerin

Stempel und Unterschrift
 des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin:

.....

Adresse:

.....

Einreichen bis jeweils spätestens **31. März** des Beitragsjahres.

Dieses Meldeformular ist jährlich einzureichen.

members@sso.ch, Tel. direkt 031 313 31 34