

## Meldeformular Mitgliederkategorien/Bestätigung für das Jahr .....

Hiermit bestätigen wir, dass

<b>Name, Vorname</b>	
<b>Strasse</b>	
<b>PLZ/Ort</b>	
<b>E-Mailadresse</b>	

wie folgt angestellt ist:

Zutreffendes ankreuzen

<input type="checkbox"/>	Zahnarzt/Zahnärztin angestellt bei juristischer Person (AG, GmbH, Genossenschaft, Verein, etc.) <b>in leitender Position mit eigener fachlicher Verantwortung</b>
<input type="checkbox"/>	Zahnarzt/Zahnärztin angestellt bei juristischer Person (AG, GmbH, Genossenschaft, Verein, Einzelpraxis etc.) <b>ohne leitende Position mit eigener fachlicher Verantwortung</b>
<input type="checkbox"/>	Zahnarzt/Zahnärztin angestellt bei juristischer Person (AG, GmbH, Genossenschaft, Verein etc. oder Universität oder öffentlich-rechtlichen Institution etc.) <b>unter fachlicher Aufsicht</b>
<input type="checkbox"/>	Zahnarzt/Zahnärztin angestellt in Einzelpraxis oder Praxisgemeinschaft (Personengesellschaft) <b>unter fachlicher Aufsicht</b>
<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 Antragssteller/Antragsstellerin  
 .....

Stempel und Unterschrift  
 des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin:  
 Adresse .....

Einreichen bis jeweils spätestens **31. März** des Beitragsjahres.  
 Dieses Meldeformular ist **jährlich** einzureichen.  
 E-Mail: members@sso.ch, Tel. direkt: 031 313 31 34