

# 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: .....