

Aufnahmegesuch SSO Solothurn

Wir freuen uns, dass Sie der Zahnärzte-Gesellschaft 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
 Universität: _____
 Titel: _____
 Datum eidg. dipl.: _____

☐ Ausland
 Universität: _____
 Titel: _____
☐ Anerkennung MEBEKO? Datum: _____

Arbeitsstelle: Sie sind ...

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

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 beschloss der Vorstand am:

Unterschrift Vorstandsmitglied: