



# ANTRAG ZUR SGC-MITGLIEDSCHAFT

## DEMANDE D'ADHESION A LA SSC

Titel  Frau / Madame  
Titre  Herr / Monsieur

Name Vorname  
Nom Prénom

Geburtsdatum Nationalität  
Date de naissance / / Nationalité  
Tag/jour / Monat/mois / Jahr/année

Adresse privat / Adresse privée

Adresse Praxis/Spital / Adresse Praxis/Hôpital

Tel. P.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Tel. G.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

- Zustelladresse für Postsendungen an:  Privatadresse  Praxis/Spitaladresse  
Adresse pour courrier à: mon adresse privée adresse cabinet/hôpital
- Bevorzugte Sprache:  Deutsch  Französisch  
Langue préférée: allemand français

1. Mitgliedschaft als / Demande d'adhésion comme

- ordentliches Mitglied / Membre ordinaire
- zugewandtes Mitglied / Membre associé

2. Medizinische Ausbildung / Etudes médicales

Datum : Diplome / Date du diplôme

3. Ausbildung Spezialgebiete der Chirurgie / Formation de spécialiste en chirurgie

Jahre/Années

4. Datum Erlangung des Basisexamens für Chirurgie

Date de l'obtention de l'examen de base en chirurgie: \_\_\_\_\_

5. Datum Erlangung Facharztstitel in Chirurgie

Date de l'obtention du titre de spécialiste en chirurgie: \_\_\_\_\_

6. Besitzen Sie einen äquivalenten FMH Facharztstitel?  Ja  Nein  
Etes-vous en possession d'un titre équivalent au titre de spécialiste FMH  Oui  Non

Wenn ja, welcher / Si oui, lequel?: \_\_\_\_\_

7. Sind Sie Mitglied der FMH?  Ja  Nein FMH Nummer : \_\_\_\_\_  
Etes vous membre de la FMH  Oui  Non  Numero

8. Sind Sie Mitglied einer anderen chirurgischen Fachgesellschaft?  Ja  Nein  
Etes-vous membre d'une autre société de chirurgie?  Oui  Non

Wenn ja, welche / Si oui, laquelle? \_\_\_\_\_

Unterschrift / Signature

Datum/Date

Beilagen:  Kopie Facharzt-Diplom Annexes:  Copie de diplôme spécialiste

### **Patenschaft / parrainage**

**Die Paten (müssen Mitglied der SGC sein) / Les parrains (doivent être membre de la SSC)**

Wir, die Unterzeichnenden, kennen den / die Kandidaten /-in persönlich und empfehlen ihn /sie für die Mitgliedschaft in der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie.

Les soussignés connaissent personnellement le / la candidate et le (la) le proposent comme membre de la Société Suisse de Chirurgie.

#### **1. Pate / Parrain**

Name/Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Unterschrift / Signature: \_\_\_\_\_

#### **2. Pate / Parrain**

Name/Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Unterschrift / Signature: \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an folgende Adresse:  
Veuillez envoyer ce formulaire rempli à l'adresse suivante:

**SGC Geschäftsstelle / Bureau SSC**  
Bahnhofstrasse 55, 5001 Aarau

*(bitte leer lassen / ne pas remplir svp.)*

### **Entscheidung des SGC Vorstands / Décision du comité de la SSC**

Der Vorstand befürwortet die Mitgliedschaft / Le Comité recommande la candidature

Ja  Nein

Datum / date :