

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 Oui Non 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 :