



DEMANDE D’AFFILIATION A LA SSRD ANMELDUNG FÜR MITGLIEDSCHAFT SSRD

AFFILIATION/MITGLIEDSCHAFT SSRD

Monsieur/Herr

Mme/Frau

Nom/Name

Prénom/Vorname

Profession, Titre/Beruf, Titel

date de naissance/Geburtsdatum

Diplôme/Diplom fédéral/eidgenössisch

autre/anderes:

Adresse du cabinet/Adresse Geschäft

Rue, N°Strasse, Nr.

NPA, Lieu/PLZ, Ort

Téléphone/Telefon

Fax

HomePage

E-Mail

Adresse Privé/Adresse Privat

Rue, N°Strasse, Nr.

NPA, Lieu/PLZ, Ort

Téléphone/Telefon

Fax

Membre d’une association professionnelle/Mitgliedschaft in Standesorganisation

SSO Oui/Ja Non/Nein

Catégorie/Kategorie

autre/andere

Titre de spécialiste/Spezialistentitel

Oui/Ja

Non/Nein

Lequel/Welcher

Souhaitez-vous un abonnement à JPD via la SSRD?

Möchten Sie das Journal of Prosthetic Dentistry (JPD) via SSRD abonnieren?

Oui/Ja

Non/Nein

Nous autorisez-vous à publier votre adresse (p. ex. HomePage de la SSRD)?

Dürfen Ihre Adressdaten publiziert werden (z.B. auf der HomePage der Gesellschaft)?

Oui/Ja

Non/Nein

Signature/Unterschrift

Date/Datum

A remplir et à retourner à/Bitte ausfüllen und zurückschicken an:

SSRD Sekretariat D. Nottaris, Eschenweg 14, 3292 Busswil b. Büren Fax: 032/386 71 61