

Demande d'admission

Nom, prénom : _____

Adresse privée : _____

Date de naissance : _____ Nationalité : _____

E-mail : _____ Natel : _____

Adresse professionnelle : _____

Tél. _____ E-mail _____

Diplôme de médecin-dentiste

Date d'obtention / Pays _____

Spécialisation reconnue en Suisse Oui ☐ Non ☐

Si oui laquelle _____

Titre universitaire _____

Etes-vous déjà membre de la SSO : Oui ☐ Non ☐

Ces données seront traitées de façon confidentielle.

Merci de joindre un CV à votre demande et envoyer ces documents au secrétariat de la SVMMD. Dès leur réception, nous prendrons contact avec vous pour vous informer de la suite du processus d'admission.

Pour toutes questions :

Responsable des admissions : Dr Christophe Plumez 079-310 62 02 c.plumez@outlook.com
(si pas de réponse, laissez un WhatsApp ou un message sur le répondeur)

Date : _____ Signature : _____