

## Demande d'admission

Le/la soussigné(e) sollicite son admission à la SSO en qualité de

**membre junior**

Nom ..... Prénom .....

Rue ..... Tél. ....

NPA ..... Lieu .....

Date de naissance ..... Nationalité .....

Lieu d'origine CH ..... E-mail .....

### Étudiant/étudiante en médecine dentaire à l'Université de

Bâle

Berne

Genève

Zurich

Les étudiants en médecine dentaire peuvent être admis en tant que membres juniors de la SSO à partir de la 3e année du cursus de formation ; les membres juniors sont exonérés de cotisations.

Date : ..... Signature : .....

La présente demande doit être adressée à la **Société suisse des médecins-dentistes SSO, Secrétariat, Thunstrasse 7, Case postale, 3001 Berne, tél. 031 313 31 31, fax 031 313 31 40, e-mail: [secretariat@sso.ch](mailto:secretariat@sso.ch)**

Le secrétariat se tient à votre disposition pour de plus amples informations.