



Gesuch zur Aufnahme in die Schweizerische Gesellschaft für Radiologie (SGR – SSR)

Personalien

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Nationalität _____

Adresse _____

Arbeitsort _____

Privat _____

Telefonnummer/Fax _____

Arbeitsort _____

Privat _____

E-Mail _____

Ausbildung

Universität (Name/Land) _____

Arztdiplom/anderes akademisches Diplom
(Datum/Universität/Land) _____

Postuniversitäre Weiterbildung

Fachbereich Radiologie

Institution	Dauer	Land

Andere Fachbereiche

Institution	Dauer	Land

Facharztprüfung / Zertifikat

Art	Prüfungsgremium	Datum	Land

Titel (Datum/Universität/Land)

Dokortitel _____

Andere _____

Aktuelle Tätigkeit _____

Antrag zur Aufnahme als

- Ordentliches Mitglied
- Ausserordentliches Mitglied
- Juniormitglied

Pate Nr. 1 _____

Pate Nr. 2 _____

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____
