



Allekirjoittanut haluaa liittyä Suomen Hammaslääkäriliiton

- varsinaiseksi jäseneksi
 opiskelijajäseneksi ja noudattaa Liiton sääntöjä ja määräyksiä sekä kollegiaalisia ohjeita.

HENKILÖTIEDOT

Sukunimi: _____ Entinen sukunimi: _____

Etunimet (kutsumanimi alleviivattava): _____

Henkilötunnus: _____ Kansalaisuus: _____

Äidinkieli: suomi ruotsi

Kotiosoite: _____

Matkapuhelin: _____

Sähköposti: _____

Hammasl.is.tutkinto, aika, paikka: _____

Laillistamispäivämäärä: _____

TYÖPAIKKATIEDOT

Päätoimi

- terveyskeskushammaslääkäri
 yksityishammaslääkäri
 muu _____

Työnantaja: _____

Työosoite: _____

Postin lähetys: kotiin toimeen

Päiväys ja allekirjoitus

____ / ____ 20____
