

## Anmeldung zur Facharztprüfung Radio-Onkologie 2024

### Persönliche Daten

Titel .....

Name, Vorname .....

Institution .....

Abteilung .....

Strasse, Nr. ....

PLZ Ort .....

E-Mail (privat) .....

Tel .....

Geburtsdatum .....

**Bevorzugte Sprache für die mündliche Prüfung** (wird nach Möglichkeit berücksichtigt):

deutsch       französisch       italienisch

**Bitte legen Sie dieser Anmeldung folgende Dokumente als PDF bei:**

- Eidgenössisches oder anerkanntes ausländisches Arzt Diplom

Wir empfehlen die Teilnahme an der Prüfung nach mindestens 3 Jahren fachspezifischer Weiterbildung in Radio-Onkologie.

Ort, Datum: .....

Unterschrift: .....

**Bitte senden Sie die Anmeldung inkl. Unterlagen per E-Mail an die Geschäftsstelle:  
[info@sro-ssro.ch](mailto:info@sro-ssro.ch)**