

## Antrag zur kostenlosen Studentenmitgliedschaft beim vsao

### Personalien

Anrede: Frau Herr

Name: Vorname:

Geb. Datum:

Heimatort/Kanton oder ausländische Staatsangehörigkeit:

### Korrespondenzadresse

Strasse/Nr: PLZ/Ort:

Land:

*Für eine fehlerfreie Zustellung der Unterlagen bitten wir Sie, uns Adressänderungen bekannt zu geben.*

Tel.: Mobil:

Private E-Mail:

Korrespondenzsprache: deutsch französisch italienisch

Andere Zustelladresse für das vsao Journal

Adresse:

### Angaben zum Medizinstudium

Medizinstudent/in an der Universität:

Voraussichtliches Ende des Studiums:

### Mitgliedschaft MEDISERVICE VSAO-ASMAC

Studentenmitglieder des vsao werden zugleich Mitglied bei MEDISERVICE VSAO-ASMAC. MEDISERVICE bietet beispielsweise Lösungen für alle Versicherungsfragen, Begleitung in allen Lebensphasen, Kollektivkrankenversicherungsverträge oder Taggeldversicherungen an. Weitere Informationen finden Sie unter [www.mediservice-vsao.ch](http://www.mediservice-vsao.ch)

Ich wünsche die Mitgliedschaft bei MEDISERVICE VSAO-ASMAC **nicht**

### Zahlungsverbindungen für allfällige Rückvergütungen

Name der Bank:

Clearing Nr:

IBAN Nr:

Der/die Unterzeichnende erklärt, dass er/sie die Statuten des vsao, welcher er/sie angehört, anerkennt. Er/sie **verpflichtet sich** insbesondere, den Beschlüssen der zuständigen Organe folge zu leisten.

Bitte achten Sie darauf, dass Sie uns die Beitrittserklärung **unterschrieben** zurücksenden.

**Ort und Datum:**

**Unterschrift:**

## Einwilligungserklärung Datenschutz

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der vsao meine personenbezogenen Daten zur Erfüllung der Aufgaben im Hinblick auf den Vereinszweck gemäss den [Statuten des vsao](#) und zur Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben nutzen darf. Insbesondere dürfen meine personenbezogenen Daten zwecks Mitgliederverwaltung, Adressierung des VSAO-Journal, Datenabgleich zwischen dem Zentralverband und der regionalen Sektion, wo ich Mitglied bin, sowie für den Versand der Vereins-Newsletter, ggf. auch unter Einsatz von Dienstleistern, verwendet werden. Ich habe jederzeit das Recht auf Auskunft über meine Daten, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung der Daten. Ich habe verstanden, dass diese Rechte keine uneingeschränkten Rechte sind und Ausnahmen oder Beschränkungen unterliegen können (z.B. wenn meine personenbezogenen Daten für gesetzliche oder vertragliche Verpflichtungen gespeichert wurden oder zu Beweis Zwecken benötigt werden). Die Nutzung meiner freiwilligen Angaben, soweit sie nicht für Abrechnungszwecke erforderlich sind, kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem vsao unter sekretariat@vsao.ch widerrufen.

Zwecks Qualitätssicherung meiner Daten erfolgt ein Datenabgleich mit den Ärzteregeistern der Vereine FMH und MEDISERVICE VSAO-ASMACH (sofern ich dort Mitglied bin). Dabei gibt der vsao nur die für diesen Zweck erforderlichen Daten weiter. Die Datenbearbeitung erfolgt entsprechend den Datenschutzbestimmungen dieser Vereine und meine Rechte kann ich direkt bei der FMH unter dlm@fmh.ch bzw. bei MEDISERVICE VSAO-ASMACH unter info@mediservice-vsao.ch geltend machen.

---

Datum/Ort:

---

Unterschrift: