

**Mitgliedernummer:**  
*(wird vom vsao ausgefüllt)*

## Antrag zur Mitgliedschaft beim vsao

Personalien			
Anrede:	Frau	Herr	Titel:
Name:			Vorname:
Geb. Datum:			
Heimatort/Kanton oder ausländische Staatsangehörigkeit:			
Korrespondenzadresse			
Strasse/Nr:		PLZ/Ort:	
Land:			
<i>Für eine fehlerfreie Zustellung der Unterlagen bitten wir Sie, uns Adressänderungen bekannt zu geben.</i>			
Tel:		Mobil:	
Private E-Mail:			
Korrespondenzsprache:	deutsch	französisch	italienisch
Andere Zustelladresse für			
VSAO Journal		Beitragsrechnung	
Adresse:			
Berufstätigkeit			
Berufstätig:	ja	nein	
Vorübergehend nicht berufstätig seit:		Definitiv nicht mehr berufstätig seit:	
Unselbstständige Tätigkeit (Spital/Klinik)			
Arzt in Facharzt-Weiterbildung		Oberarzt	Spitalfacharzt
Leitender Arzt		Chefarzt	Stv. Chefarzt
Angestellt in Praxis			
Arbeitspensum:	Vollzeit	Teilzeit in %:	
Andere Spitaltätigkeit:			
Selbstständige Tätigkeit (Praxis)			
Arbeitspensum:	Vollzeit	Teilzeit in %:	

### Andere berufliche Tätigkeit

Branche:

Funktion:

### Arbeitsplatzadresse (für Sektionszugehörigkeit)

Spital/Praxis:

Adresse/Nr:

PLZ/Ort:

### Zahlungsverbindungen für allfällige Rückvergütungen

Name der Bank:

Clearing-Nr:

IBAN-Nr:

### Kategorie (Sie werden gemäss Ihren Angaben auf dieser Erklärung in die entsprechende Kategorie eingeteilt)

#### Aktivmitgliedschaft

(Personen mit schweizerischem oder gleichwertigem Arztdiplom, die in einem Angestelltenverhältnis eine dem Gesundheitswesen zugehörige Tätigkeit ausüben; Studierende der Medizin, die Mitglieder der SWIMSA sind; mit Stimmrecht)

#### Passivmitgliedschaft

(Selbstständig erwerbende ÄrztInnen; pensionierte ÄrztInnen; kein Stimmrecht)

#### Zahn- und Tierärzte

(Personen mit schweizerischem oder gleichwertigem Zahn- oder Tierarztdiplom können ohne Mitgliedschaft in einer Sektion Mitglied des vsao CH werden, um sich einer Vorsorgeeinrichtung des vsao anzuschliessen.)

Mitglieder des vsao werden zugleich Mitglied bei MEDISERVICE VSAO-ASMAC. Für CHF 20.– pro Jahr profitieren Sie von vorteilhaften Preis- und Leistungsvorteilen. MEDISERVICE bietet beispielsweise Lösungen für alle Versicherungsfragen, Begleitung in allen Lebensphasen, Kollektivkrankenversicherungsverträge oder Taggeldversicherungen an. (Informationen finden Sie unter [www.mediservice-vsao.ch](http://www.mediservice-vsao.ch)).

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

### Aufnahmebedingungen

Seit dem 1.1.18 müssen alle in der Schweiz angestellten Medizinalpersonen im Medizinalberuferegister des Bundes eingetragen sein. Der vsao kontrolliert daher für die Prüfung der Arztdiplome bei Neumitgliedern, ob diese im Medizinalberuferegister eingetragen sind.

GLN-Nummer:

**Ort und Datum:**

**Unterschrift:**

Der/die Unterzeichnende erklärt, dass er/sie die Statuten des vsao, welcher er/sie angehört, anerkennt. Er/sie **verpflichtet sich** insbesondere, die von den zuständigen Organen festgelegten Mitgliederbeiträge zu bezahlen sowie deren Beschlüsse folge zu leisten.

**Bitte füllen Sie die Beitrittserklärung VOLLSTÄNDIG aus und schicken uns diese unterschrieben zurück. Vielen Dank!**

## 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, Beitragserhebung, 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](mailto: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 [d1m@fmh.ch](mailto:d1m@fmh.ch) bzw. bei MEDISERVICE VSAO-ASMACH unter [info@mediservice-vsao.ch](mailto:info@mediservice-vsao.ch) geltend machen.

---

Datum/Ort:

---

Unterschrift: