

Richiesta di adesione studentesca gratuita all'asmac

Dati personali				
Appellativo:	Signora	Signore		
Cognome:			Nome:	
Date di nascita:				
Località di nascita/cantone o cittadinanza straniera:				
Indirizzo di corrispondenza				
Via/numero:		NPA/Località:		
Paese:				
<i>Per la consegna senza errori di tutte le documentazioni Le preghiamo d'annunciare i cambi di indirizzo.</i>				
Tel.:		Cellulare:		
E-mail privata:				
Lingua di corrispondenza:	italiano	tedesco	francese	
Lingua giornale asmac:	tedesco	francese		
Indicazioni su studio della medicina				
Studente di medicina all'Università:		Fine prevista degli studi:		
Adesione alla mediservice vsao-asmac				
Gli associati asmac sono al contempo soci di mediservice vsao-asmac. Può usufruire del vantaggioso rapporto prezzo/servizi. mediservice offre, ad esempio, soluzioni per tutte le questioni assicurative, assistenza in tutte le fasi della vita, contratti di assicurazione malattia collettiva o assicurazioni d'indennità giornaliera. (informazioni all'indirizzo www.mediservice-vsao.ch).				
<input type="checkbox"/> Non desidero associarmi a mediservice vsao-asmac				
Coordinate bancarie per eventuali rimborsi				
Nome della banc:				
Numero di clearing:				
Codice IBAN:				

La sottoscritta/il sottoscritto dichiara inoltre di approvare gli statuti dell'asmac e la dichiarazione di consenso ai fini della protezione dei dati. **Si impegna** in particolare a pagare le quote associative stabilite dagli organi competenti e a sottostare alle loro decisioni.

La dichiarazione di adesione deve essere rispedita **firmata**. **Inoltre, la dichiarazione di consenso della protezione dei dati firmata deve anche essere inviata.**

Luogo e data:

Firma:

Dichiarazione di consenso ai fini della protezione dei dati

Dichiaro di accettare che l'asmac utilizzi i miei dati personali per lo svolgimento dei propri compiti correlati allo scopo dell'associazione secondo quanto previsto dallo [statuto dell'asmac](#) e per l'adempimento dei propri obblighi previsti dalla legge. In particolare acconsento che i miei dati personali vengano utilizzati per scopi di amministrazione dei soci, riscossione delle tasse sociali, invio del giornale dell'asmac, riconciliazione dei dati tra l'associazione centrale e la sezione regionale di cui sono socio, nonché per l'invio della newsletter dell'associazione, eventualmente anche con l'impiego di fornitori di servizi. Ho in qualsiasi momento il diritto di ottenere informazioni sui miei dati, di correzione e cancellazione dei dati, nonché di limitazione del trattamento. Ho compreso che questi diritti non sono illimitati e possono essere soggetti a eccezioni o limitazioni (ad es. se i miei dati personali sono stati salvati per adempiere obblighi di legge o contrattuali o sono necessari come prova). Nella misura in cui i dati da me forniti volontariamente non siano necessari per scopi di fatturazione, posso revocare in qualsiasi momento il consenso all'utilizzo da parte dell'asmac, con effetto per il futuro, inviando un'e-mail all'indirizzo sekretariat@vsao.

Allo scopo di garantire la qualità dei dati da me forniti, viene effettuata una riconciliazione dei dati con i registri dei medici delle associazioni della FMH e di mediservice vsao-asmac (se ne sono membro). L'asmac inoltrerà solo i dati necessari a tale scopo. Il trattamento dei dati avviene secondo le disposizioni in materia di protezione dei dati di queste associazioni e io posso esercitare i miei diritti direttamente presso la FMH inviando un'e-mail all'indirizzo dlim@fmh o presso mediservice vsao-asmac all'indirizzo info@mediservice-vsao.

Luogo e data:

Firma: