

Autre activité professionnelle

Branche :

Fonction :

Lieu de travail (pour l'affiliation à la section correcte)

Hôpital/cabinet:

Canton:

Adresse:

NPA/Lieu :

Données pour le paiement de restitutions éventuelles

Nom de la banque:

Clearing bancaire:

N° IBAN :

Catégorie

(l'affiliation à une catégorie est faite selon vos coordonnées sur ce formulaire)

Affiliation active

(personnes qui sont titulaires d'un diplôme de médecine suisse ou équivalent et qui exercent, en tant qu'employés, une activité dans le domaine de la santé publique; étudiants en médecine qui sont membres swimsa; avec droit de vote)

Affiliation passive

(médecins indépendants; médecins à la retraite; sans droit de vote)

Dentistes et vétérinaires

(Les personnes titulaires d'un diplôme de dentiste ou de vétérinaire suisse ou étranger équivalent peuvent, sans être membre d'une section, devenir membre de l'asmac CH pour s'affilier à une institution de prévoyance de l'asmac; sans droits de vote)

Sans indication de votre part (case ci-dessous) vous devenez automatiquement membre de mediservice vsao-asmac. Pour CHF 25.– par année vous profitez d'un excellent rapport prestations/prix. Des assurances adéquates vous seront proposées pour chaque phase de votre vie, comme par exemples des contrats collectifs d'assurance-maladie et des assurances d'indemnités journalières. (Vous trouverez plus d'informations sous www.mediservice-asmac.ch)

Je **ne désire pas** m'affilier à mediservice vsao-asmac

Conditions d'admission

Depuis le 1er janvier 2018, toutes les personnes exerçant une profession médicale qui travaillent en Suisse doivent être inscrits au registre des professions médicales de la Confédération. Pour l'examen des diplômes de médecin de ses nouveaux membres, l'asmac contrôle si ceux-ci sont inscrits au registre des professions médicales.

Numéro GLN:

Le/la soussigné(e) déclare qu'il/elle reconnaît les statuts de l'asmac et la déclaration de consentement à la protection des données. Il/elle **s'engage** en particulier à payer les cotisations de membres fixées par les organes compétents, ainsi qu'à respecter leurs décisions.

Nous vous prions de nous renvoyer la demande d'affiliation dûment complétée et signée. En outre, la déclaration de consentement de la protection des données signée doit être envoyée avec.

Lieu et date:

Signature:

Déclaration de consentement à la protection des données

Par la présente, j'autorise l'asmac à utiliser mes données personnelles pour accomplir ses tâches dans le cadre des buts de l'association conformément aux [Statuts de l'asmac](#) et pour accomplir ses tâches légales. Ces données peuvent être utilisées en particulier pour l'administration des membres, le prélèvement des cotisations, l'adressage du journal de l'asmac, la comparaison des données entre le Comité central et la section régionale à laquelle je suis affiliée, l'envoi de la newsletter de l'association, également aussi via des prestataires. J'ai à tout moment le droit de me renseigner sur mes données, de les corriger, de les supprimer et d'en limiter le traitement. J'ai conscience que ces droits ne sont pas des droits illimités et qu'ils peuvent faire l'objet d'exceptions ou de restrictions (p. ex. lorsque des données se rapportant à ma personne ont été enregistrées pour des obligations légales ou contractuelles ou qu'elles sont nécessaires à titre de preuve). Par courriel à l'asmac (sekretariat@vsao.ch), je peux révoquer, à tout moment et avec effet pour l'avenir, l'utilisation des indications fournies délibérément, pour autant qu'elles ne soient pas exigées à des fins comptables.

Mes données sont comparées à celles des registres médicaux de la FMH et de mediservice vsao-asmac (si j'en suis membre) afin d'en garantir la qualité. L'asmac ne transmet que les données nécessaires à cette opération. Leur traitement est conforme à la protection des données de ces associations et je peux faire valoir mes droits directement auprès de la FMH à dIm@fmh.ch ou de mediservice vsao-asmac à info@mediservice-vsao.ch.

Lieu et date:

Signature: