



## Beitrittserklärung

Der/die Unterzeichnende erklärt hiermit den Beitritt zur *Schweizerischen Belegärzte-Vereinigung SBV*.

Er/sie anerkennt die geltenden Statuten, die statutarischen Organe sowie die rechts-gültig abgefassten Beschlüsse der Vereinigung.

Der/die Unterzeichnende ist einverstanden, in die Adresskartei der Vereinigung aufgenommen zu werden. Er/sie erlaubt ferner allfälliges Nachfragen seitens des SBV-Sekretariates bei der unten anzugebenden AHV-Ausgleichskasse, ob eine selbständige Erwerbstätigkeit vorliegt.

*(Der Mitgliederbeitrag beträgt z.Zt. CHF 300.00/Jahr)*

**Anrede:** ..... **Akad. Titel:** .....

**Name:** ..... **Vorname:** .....

**Fachrichtung:** .....

**Korrespondenzadresse:**      geschäftlich      privat

**Praxisadresse (geschäftlich):**      **Private Adresse:**

**Praxis:** .....

**Strasse:** ..... .....

**PLZ/Ort:** ..... .....

**Tel.** ..... .....

**E-Mail:** ..... .....

Klinik(en), an der/denen Sie belegärztlich tätig sind:

.....

Als Selbständig-Erwerbende/r mit folgender AHV-Kasse abrechnend:

.....

Ich verpflichte mich, bei Aufgabe der selbständigen Erwerbstätigkeit das SBV-Sekretariat in Kenntnis zu setzen.

Ich wünsche die Informationen der SBV auf      deutsch      französisch



## Schriftliche Einwilligung gemäss Datenschutz

Die im Mitgliederantrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer und E-Mail, die allein zum Zwecke der Interessensvertretung und des kollegialen Austauschs notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie die Felder bitte frei.

- Ich willige ein, dass mir die SBV **postalisch** Informationen zur Vereinstätigkeit und die Berufsausübung betreffende Informationen sendet.
- Ich willige ein, dass mir die SBV **per E-Mail** Informationen zur Vereinstätigkeit und die Berufsausübung betreffende Informationen sendet.

Ort, Datum: .....

Unterschrift: .....

### **Rechte der/s Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht**

Sie sind gemäss Art. 8 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber der SBV um vollständige **Auskunftserteilung** zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäss Art. 5 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der SBV die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** einzelner personenbezogener Daten verlangen, die über die Verwendung im Rahmen des statutarischen Zwecks hinausgehen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an die SBV übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Ausgefülltes Formular zurücksenden an:

Schweizerische Belegärzte-Vereinigung SBV Moosstrasse 2 3073 Gümligen-Bern info@sbv-asmi.ch Fax: 031 952 76 83
--