



Déclaration d'adhésion

Le/la soussigné(e) déclare son adhésion à l'Association Suisse des Médecins Indépendants ASMI.

Il/elle reconnaît les statuts adoptés par l'assemblée générale ainsi que les organes statutaires et les décisions valablement prises en assemblée.

Le membre se déclare d'accord de figurer dans le répertoire des membres de l'association.

Il/elle autorise également le Secrétariat de l'ASMI à demander à la caisse de compensation AVS indiqué ci-dessous s'il existe ou non une activité indépendante.

(La cotisation se monte actuellement à CHF 300.00/an)

Titre : **Titre acad. :**

Nom : **Prénom :**

Titre de médecin spécialiste :

Adresse de correspondance : professionnelle privée

Adresse professionnelle / cabinet :

Adresse privée :

Cabinet :

Rue :

.....

CP / Lieu :

.....

Tél :

.....

E-Mail :

.....

Clinique(s) dans laquelle/lesquelles vous exercez en tant que médecin indépendant/e :

.....

Ma caisse de compensation AVS :

.....

Je m'engage en cas d'arrêt de mon activité indépendante d'en informer le secrétariat de l'ASMI sans délai.

Consentement écrit conformément à la protection des données

Les données personnelles indiquées dans le formulaire d'adhésion, en particulier le nom, l'adresse, le numéro de téléphone et l'adresse e-mail, sont collectées sur la base des droits légaux et sont utilisées uniquement afin de représenter les intérêts de l'association et les échanges collégiales.

Si vous êtes d'accord avec les objectifs d'utilisation suivants, veuillez les cocher en conséquence. Si vous ne souhaitez pas donner votre consentement, veuillez laisser les champs vides.

- J'accepte que l'ASMI m'envoie par courrier des informations sur les activités de l'association et sur l'exercice de la profession du médecin indépendant.
- J'accepte que l'ASMI m'envoie des informations par E-mail.

Lieu, date : Signature :

Droits de la ou des personnes concernées : Information, rectification, suppression et blocage, droit d'opposition

Conformément à l'art. 8 LPD, vous avez à tout moment le droit de demander à l'ASMI de vous fournir des informations complètes sur les données personnelles enregistrées à votre sujet.

Conformément à l'art. 5 LPD, vous pouvez à tout moment demander à l'ASMI de corriger, supprimer ou bloquer les données personnelles individuelles qui vont au-delà de l'utilisation aux fins prévues par les statuts.

En outre, vous pouvez à tout moment exercer votre droit d'opposition sans indication de motifs et modifier ou révoquer votre consentement accordé antérieurement. Vous pouvez envoyer la révocation à l'ASMI par courrier, e-mail ou fax. Vous n'aurez pas d'autres frais que les frais d'envoi ou les frais de transmission selon les tarifs de base existants.

Renvoyez le formulaire rempli à l'adresse suivante :

Association Suisse des Médecins Indépendants ASMI / Schweizerische Belegärzte-Vereinigung SBV Moosstrasse 2 3073 Gümligen-Bern info@sbv-asmi.ch Fax: 031 952 76 83
