

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT / PERSONALBLATT

Anrede:	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr			
Titel:	<input type="checkbox"/> Prof.	<input type="checkbox"/> PD	<input type="checkbox"/> Dr.	<input type="checkbox"/>	
Name:			Vorname:		
Geb. Datum:					
Tätigkeit:	<input type="checkbox"/> Chefarzt	<input type="checkbox"/> Leitender Arzt	<input type="checkbox"/> Oberarzt	<input type="checkbox"/> Ass.Arzt	<input type="checkbox"/> Andere
Beruf:	<input type="checkbox"/> Med	<input type="checkbox"/> Phys	<input type="checkbox"/> Chem	<input type="checkbox"/> Ing	
Adresse:	Geschäft			Privat	
Spital:					
Klinik/Institut:					
Strasse:					
Land/PLZ/Ort:					
Telefon:					
Fax:					
E-Mail:					
Korrespondenz-Adresse:	G: <input type="checkbox"/>			P: <input type="checkbox"/>	
Facharzt Nuklearmedizin seit:		Facharzt für.....		seit:	
FMH-Nr.:				GLN-Nr.:	
Ausländisches FA-Äquivalent:	<input type="checkbox"/> Ja (bitte Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> Nein	Mitglied SGR:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bitte beachten Sie, dass mit der Anerkennung des ausländischen FA-Titels NUK durch die MEBEKO noch nicht alle Bedingungen für die praktische Tätigkeit als Facharzt NUK erfüllt sind (z.B. keine Anerkennung als Strahlenschutz-Sachverständige/r).					
in NM-Weiterbildung:	<input type="checkbox"/> 1. Teilprüfung gemacht	<input type="checkbox"/> 2. Teilprüfung gemacht	Weiterbildung beendet am:		
Vom Vorstand auszufüllen:					
Mitgliederstatus:	<input type="checkbox"/> Ordentlich (Fr. 400.-)	<input type="checkbox"/> Junior (Fr. 90.-)	<input type="checkbox"/> Ausserordtl. Arzt (Fr. 70.-)	<input type="checkbox"/> Ehrenmitglied (Fr. 0.-)	<input type="checkbox"/> Kooperative (Fr. 3'000.-)
	<input type="checkbox"/> Senior (Fr. 0.-)	<input type="checkbox"/> Ausserordtl. Andere (Fr. 70.-)	<input type="checkbox"/> Korrespondierend (Fr. 0.-)		

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 SGNM postalisch Informationen zur Gesellschaftstätigkeit und die Berufsausübung betreffende Informationen sendet.
- Ich willige ein, dass mir die SGNM per E-Mail Informationen sendet.
- Ich willige ein, dass die SGNM meine Personendaten im Rahmen des Vereinszweckes an Dritte weitergibt.

Ort, Datum:

Unterschrift:

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

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

Gemäss Art. 5 DSG können Sie jederzeit gegenüber der SGNM 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 SGNM übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Ausgefülltes Formular bitte zurücksenden an:

SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR NUKLEARMEDIZIN Geschäftsstelle Moosstrasse 2 3073 Gümligen F 031 952 76 83 E-Mail info@nuklearmedizin.ch
