

**DEMANDE D'ADHÉSION / DONNÉES PERSONNELLES**

<b>Titre :</b>	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur			
<b>Titre académique :</b>	<input type="checkbox"/> Prof.	<input type="checkbox"/> PD	<input type="checkbox"/> Dr.	<input type="checkbox"/>	
<b>Nom :</b>			<b>Prénom :</b>		
<b>Date de naiss. :</b>					
<b>Fonction :</b>	<input type="checkbox"/> Médecin chef	<input type="checkbox"/> Chef de service	<input type="checkbox"/> Chef de clinique	<input type="checkbox"/> Médecin assistant	<input type="checkbox"/> autre
<b>Profession :</b>	<input type="checkbox"/> Méd	<input type="checkbox"/> Phys	<input type="checkbox"/> Chim	<input type="checkbox"/> Ing	
<b>Adresse :</b>	<b>Adresse professionnelle</b>			<b>Adresse privée</b>	
<b>Hôpital :</b>					
<b>Clinique / Institut :</b>					
<b>Rue :</b>					
<b>Pays / Code postal / Lieu :</b>					
<b>Téléphone :</b>					
<b>Fax :</b>					
<b>e-mail:</b>					
<b>Adresse de correspondance :</b>	B : <input type="checkbox"/>			P : <input type="checkbox"/>	
<b>Spécialiste en médecine nucléaire depuis :</b>			<b>Spécialiste en médecine de :</b>	<b>depuis :</b>	
<b>FMH-n° :</b>			<b>GLN-n° :</b>		
<b>Equivalence étr. de l'examen de spécialiste :</b>	<input type="checkbox"/> Oui (veuillez svp joindre une copie)	<input type="checkbox"/> Non	<b>Membre SSR:</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Veuillez noter qu'avec la reconnaissance du titre de spécialiste en radioprotection étranger par la MEBEKO, toutes les conditions pour l'activité pratique en tant que spécialiste en radioprotection ne sont pas encore remplies (p. ex. pas de reconnaissance en tant qu'expert en radioprotection).					
<b>Formation post-graduée en MN :</b>	<input type="checkbox"/> 1er examen partiel	<input type="checkbox"/> 2ème examen partiel	Formation post-graduée terminée le :		
<b>A remplir par le comité :</b>					
<b>Statut d. membre :</b>	<input type="checkbox"/> ordinaire (Fr. 400.-)	<input type="checkbox"/> junior (Fr. 90.-)	<input type="checkbox"/> extraordinaire méd. (Fr. 70.-)	<input type="checkbox"/> honoraire (Fr. 0.-)	<input type="checkbox"/> coopératif (Fr. 3'000.-)
	<input type="checkbox"/> senior (Fr. 0.-)	<input type="checkbox"/> extraordinaire autre (Fr. 70.-)	<input type="checkbox"/> correspondant (Fr. 0.-)		

## 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 dans le respect des prescriptions légales 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 la SSMN 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 la SSMN m'envoie des informations par e-mail.
- J'autorise la SSMN à transmettre mes données personnelles à des tiers n'appartenant pas à la SSMN lorsque cela est nécessaire dans le cadre des buts de l'association.

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 la SSMN 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 la SSMN 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 la SSMN 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 :

SOCIÉTÉ SUISSE DE MÉDECINE NUCLÉAIRE Secrétariat Moosstrasse 2 3073 Gümligen  F 031 952 76 83 E-Mail info@nuklearmedizin.ch
---