



**Antrag auf Mitgliedschaft bei der SGNOR
Demande d'adhésion en qualité de membre de la SSMUS**

Name / nom	
Vorname / prénom	
Titel / titre	
Geburtsdatum / date de naissance	
GLN-Nr. / no GLN	
Korrespondenzadresse / adresse de correspondance	
Strasse / Rue	
PLZ / Ort / NP / lieu	
Email	
Telefon / téléphone	
Fax	
Natel / portable	
Mitgliederkategorie / Catégorie de membre SSMUS	
Ordentlich / ordinaire	assoziiert / associé
Korrespondenz / correspondance	Deutsch Français
Datenschutzerklärung / Déclaration de protection des données	Unterzeichnet/signé JA / OUI
Datum / Date	
Unterschrift / signature	

NA

RS HF

KNM

NF Pflege NDS

Andere

Datenschutzerklärung s. Seite 2 / déclaration de protection des données v. page 2

Anhang zum Antrag auf Mitgliedschaft bei der SGNOR

Einwilligungserklärung Datenschutz

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR) meine Personendaten entsprechend der auf der Webseite der SGNOR (www.sgnor.ch) publizierten Datenschutzerklärungen nutzen darf. Insbesondere dürfen meine Personendaten zur Erfüllung der Aufgaben im Hinblick auf den Vereinszweck und zur Erfüllung von gesetzlichen Aufgaben gemäss den Statuten SGNOR genutzt werden. Dies umfasst z.B. Mitgliederverwaltung, Beitragserhebung, den Versand von Ausschreibungen oder Einladungen zum Jahreskongress oder an Fortbildungsveranstaltungen und des Vereins-Newsletters, ggf. auch unter Einsatz von Dienstleistern, sowie Datenabgleich mit der FMH und dem SIWF (fachliche Qualifikationen gemäss Weiterbildungsverordnung, Listen der durch die SGNOR verwalteten Weiterbildungstitel). Ich habe jederzeit das Recht auf Auskunft über meine Daten, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung der Daten. Ich habe verstanden, dass diese Rechte keine uneingeschränkten Rechte sind und Ausnahmen oder Beschränkungen unterliegen können (z.B. wenn meine Personendaten für gesetzliche oder vertragliche Verpflichtungen gespeichert wurden oder zu Beweis Zwecken benötigt werden). Die Nutzung meiner freiwilligen Angaben, soweit sie nicht für Abrechnungszwecke erforderlich sind, kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der SGNOR unter sekretariat@sgnor.ch und direkt gegenüber den vorgenannten Partnerorganisationen widerrufen. Der Widerruf gegenüber der SGNOR tritt in Kraft, sobald die SGNOR den Erhalt der entsprechenden Widerrufs-E-Mail bestätigt hat, was ohne Verzug erfolgt.

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____

Annexe à la Demande en qualité de membre de la SSMUS

Déclaration de consentement Protection des données

J'accepte que la Société Suisse de Médecine d'Urgence et de Sauvvetage (SSMUS/SGNOR) utilise mes données personnelles conformément aux déclarations de protection des données publiées sur le site de la SSMUS (www.sgnor.ch) . En particulier, mes données personnelles peuvent être utilisées pour l'accomplissement de tâches en rapport avec le but de l'association et pour l'accomplissement de tâches légales conformément aux statuts de la SSMUS. Cela comprend par exemple la gestion des adhésions, la collecte des cotisations, l'envoi des invitations au congrès annuel ou aux formations continues et du bulletin d'information de l'association, le cas échéant en faisant également appel à des prestataires de services, ainsi que la comparaison des données avec la FMH et l'IFSM (qualifications professionnelles selon l'ordonnance sur la formation continue, listes des titulaires des titres de formation gérés par la SSMUS). J'ai le droit d'obtenir des informations sur mes données à tout moment, et de corriger, supprimer ou limiter le traitement de mes données. Je comprends que ces droits ne sont pas illimités et peuvent faire l'objet d'exceptions ou de limitations (par exemple, si mes données personnelles ont été stockées pour des obligations légales ou contractuelles ou sont requises à des fins de preuve). Je peux à tout moment révoquer l'utilisation de mes données volontaires, dans la mesure où elles ne sont pas nécessaires à des fins de facturation, avec effet futur vis-à-vis de la SSMUS à l'adresse sekretariat@sgnor.ch et directement vis-à-vis des organisations partenaires susmentionnées. La révocation vis-à-vis de la SSMUS prend effet dès que la SSMUS a confirmé la réception du courriel de révocation correspondant, qui sera envoyé sans délai.

Lieu/date: _____

signature: _____

21.08.2023