



Beitrittserklärung zur Mitgliedschaft beim Verband Physician Associates Switzerland (PAS)

Durch Ausfüllen dieses Formulars werden Sie ordentliches Mitglied des PAS (Mitgliedschaftskategorien und -beiträge finden Sie unter www.physician-associates.ch/mitgliedschaftskategorien). Für die Festlegung der Mitgliederbeitragskategorie notwendige Angaben (u.a. Änderungen der beruflichen Tätigkeit) sind dem Vorstand zu melden.

Mitgliedschaftskategorie

Aktivmitglied Passivmitglied Gönnermitglied¹ Kollektivmitglied¹

Personalien

Firma / Organisation: _____

Anrede / Titel: _____

Vorname: _____

Name: _____

Heimatort & -kanton oder ausländische Staatsangehörigkeit: _____

Geburtsdatum: _____

Korrespondenzadresse

Strasse & Nummer: _____

PLZ & Ort: _____ Land: _____

Tel: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Korrespondenzsprache²: Deutsch Französisch Italienisch

Muttersprache: Deutsch Französisch Italienisch Andere: _____

PA Aus- und Weiterbildung

Ausbildungslevel Schweiz: CAS DAS MAS

in Ausbildung abgeschlossen

Ausbildungslevel Ausland: BSc MSc

in Ausbildung abgeschlossen

Andere Abschlüsse

¹ Gönner- und Kollektivmitglieder müssen die Abschnitte «PA Aus- und Weiterbildung» und «Berufstätigkeit» nicht ausfüllen und brauchen keine Diplome mitzusenden.

² Aktuell wird vorstandsintern deutsch gesprochen. Übersetzungen in die anderen Sprachen werden mit einem Übersetzungstool vorgenommen.



Berufstätigkeit als PA

Berufstätig: Ja Nein

Vorübergehend nicht berufstätig seit: _____

Definitiv nicht mehr berufstätig seit: _____

Andere Berufstätigkeit

Zahlungsverbindungen für allfällige Rückvergütungen

IBAN: _____

Clearing Nr.: _____

Name der Bank: _____

Bitte legen Sie dem Antrag eine Kopie Ihrer Diplome bei

Die/der Unterzeichnende erklärt, dass sie/er die Statuten des PAS anerkennt. Sie/er **verpflichtet sich** insbesondere, die festgelegten Mitgliederbeiträge zu bezahlen sowie den Beschlüssen des PAS Folge zu leisten. **Bitte senden Sie die vollständigen Unterlagen direkt an info@physician-associates.ch. Zudem muss die Einwilligungserklärung Datenschutz zwingend unterschrieben werden.**

Ort & Datum: _____ Unterschrift: _____

Einwilligungserklärung Datenschutz

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der PAS meine personenbezogenen Daten entsprechend den auf der Webseite des PAS publizierten Datenschutzerklärungen nutzen darf. Insbesondere dürfen meine personenbezogenen Daten zur Erfüllung der Vereinsziele gemäss den Statuten des PAS genutzt werden. Dies umfasst z.B. Mitgliederverwaltung, Beitragserhebung, Zugangseinrichtung zum Mitgliederbereich, Adressierung allfälliger Korrespondenz oder den Versand des Vereins-Newsletter, ggf. auch unter Einsatz von Dienstleistern. 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 personenbezogenen Daten 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 dem PAS unter info@physician-associates.ch widerrufen.

Ort & Datum: _____ Unterschrift: _____