

## Antrag auf Mitgliedschaft

FAX +49 (0)30 2200247-99

Person / Institution / Firma	
Vor- und Nachname / Name der Organisation	
Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Land)	
Telefon	
E-Mail	

### Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich/ beantragen wir die Mitgliedschaft bei IHE Deutschland e. V. als:

Status	Kriterium: Mitarbeiteranzahl	Beitrag/Jahr
<input type="checkbox"/> <b>Natürliche Person</b>		50,00 €
<input type="checkbox"/> <b>Juristische Person</b>		
<u>Kommerzielle Unternehmen</u>		
<input type="checkbox"/> KMU	≤ 250	500,00 €
<input type="checkbox"/> Industrie und Großunternehmen	> 250	1.000,00 €
<u>Nicht-kommerzielle Unternehmen u. Anwenderorganisationen</u>		
<input type="checkbox"/> Einzelinstitutionen (Kliniken, Krankenhäuser, Institute, Praxen)	≤ 1.000	300,00 €
<input type="checkbox"/> Gruppen und Verbände (Krankenhausketten, Ärztenetze, Standesvertretungen etc.)	> 1.000	900,00 €

Vertretungsberechtigte Person(en)	
Telefon	
E-Mail	

Die Satzung und Beitragsordnung liegt mir/ uns vor und wird von mir/ uns akzeptiert.

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel