

Kontaktadresse

Organisation / Firma

.....

1. Kontaktperson

Herr Frau

Name

.....

Vorname

.....

Adresse

.....

Wohnsitz

.....

E-Mail

.....

Telefon

.....

2. Kontaktperson

Herr Frau

Name

.....

Vorname

.....

Adresse

.....

Wohnsitz

.....

E-Mail

.....

Telefon

.....

Mitgliederkategorie

Jahresbeitrag¹

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|
| <input type="checkbox"/> Einzelmitglieder (natürliche Personen) | CHF | 100 |
| <input type="checkbox"/> Einrichtungen (Firmen, Gesundheitsversorger) | | |
| <input type="checkbox"/> mit weniger als 100 Angestellten | CHF | 1'000 |
| <input type="checkbox"/> mit 100 bis 1000 Angestellten | CHF | 2'000 |
| <input type="checkbox"/> mit mehr als 1000 Angestellten | CHF | 5'000 |
| <input type="checkbox"/> Vereine und Verbände | | |
| <input type="checkbox"/> mit weniger als 300 Mitglieder | CHF | 1'000 |
| <input type="checkbox"/> mit 300 bis 3000 Mitglieder | CHF | 2'000 |
| <input type="checkbox"/> mit mehr als 3000 Mitglieder | CHF | 5'000 |
| <input type="checkbox"/> Kantonale und überkantonale Behörden | | |
| <input type="checkbox"/> Gebiet entsprechend weniger als 10 Nationalratssitzen | CHF | 1'000 |
| <input type="checkbox"/> Gebiet entsprechend 10 bis 20 Nationalratssitzen | CHF | 2'000 |
| <input type="checkbox"/> Gebiet entsprechend mehr als 20 Nationalratssitzen | CHF | 5'000 |

¹ Die Mitgliederbeiträge werden jährlich durch die Mitgliederversammlung festgesetzt.

Mit der Unterzeichnung der Beitrittserklärung wird bestätigt, von den Statuten Kenntnis genommen zu haben. Zugleich wird anerkannt, den entsprechenden Mitgliederbeitrag zu leisten.

Ort / Datum

.....

Unterschrift

.....

Bitte Beitrittserklärung senden an:

IG eMediplan, Ikarusstrasse 9, 9015 St.Gallen