

FIRMENPROFIL VON MITGLIEDERN**Firmenname:****Anschrift:****Tel./Fax-Nr.****E-Mail:****Homepage:****Geschäftsführung:**

Wer ist stimmberechtigter Firmensprecher in der Hauptversammlung?

Zweck des Betriebes:**Hersteller und/oder Vertreiber von MP?****Welche MP - Kategorien?****Bevollmächtigter für Erstinverkehrbringung im EWR (bitte Angabe der Klassen MP):****Umsatzkategorie mit MP:**

- | | | |
|--------------------------|-------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Gruppe I | bis 2 Mill. € |
| <input type="checkbox"/> | Gruppe II | bis 5 Mill. € |
| <input type="checkbox"/> | Gruppe III | bis 10 Mill. € |
| <input type="checkbox"/> | Gruppe IV | bis 15 Mill. € |
| <input type="checkbox"/> | Gruppe V | über 15 Mill. € |

Jahresmitgliedsbeitrag:**1.700,-- €****2.900,-- €****5.200,-- €****7.600,-- €****10.000,-- €****Mitarbeiterzahl:****Zusätzliche Dienstleistungen des Unternehmens:****Nebentätigkeiten:**

Sicherheitsbeauftragter: (sofern Bevollmächtigter des Herstellers oder selbst Hersteller):
IT-Ansprechpartner:
Zertifiziertes QM-System <input type="checkbox"/> QS-System <input type="checkbox"/> UMS-System <input type="checkbox"/> EMAS-VO <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/>
Weitere Betriebsstätten:
Firmenbuch-Nr.: (Kopie des Auszuges)
DVR-Nr.:
Gewerbeberechtigungen:
Mitgliedschaft in folgenden Kammerorganisationen (bitte alle anführen):
Bundesländerzugehörigkeit: (bitte alle anführen):

Wir bestätigen mit unserer Unterschrift die vollinhaltliche Kenntnisnahme und die bestmögliche Umsetzung der AUSTROMED Statuten und des Kodex in der derzeit gültigen Fassung.

Firmenstempel, Unterschrift:

Datum: