

**FIRMENPROFIL VON MITGLIEDERN****Firmenname:****Anschrift:****Tel./Fax-Nr.****E-Mail:****Website:****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):**

<b>Umsatzkategorie mit MP:</b>	<b>Jahresmitgliedsbeitrag:</b>	<b>Medienbeitrag: (10% v. MG-Beitrag)</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Gruppe I</b>	<b>bis 2 Mill. €</b>	<b>1.700,-- €</b>	<b>170,-- €</b>
<input type="checkbox"/> <b>Gruppe II</b>	<b>bis 5 Mill. €</b>	<b>2.900,-- €</b>	<b>290,-- €</b>
<input type="checkbox"/> <b>Gruppe III</b>	<b>bis 10 Mill. €</b>	<b>5.200,-- €</b>	<b>520,-- €</b>
<input type="checkbox"/> <b>Gruppe IV</b>	<b>bis 15 Mill. €</b>	<b>7.600,-- €</b>	<b>760,-- €</b>
<input type="checkbox"/> <b>Gruppe V</b>	<b>über 15 Mill. €</b>	<b>10.000,-- €</b>	<b>1.000,-- €</b>

**Mitarbeiterzahl:****Zusätzliche Dienstleistungen des Unternehmens:****Nebentätigkeiten:**

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

**Wir bestätigen mit unserer Unterschrift die vollinhaltliche Kenntnisnahme und die bestmögliche Umsetzung der AUSTROMED Statuten und des Kodex in der derzeit gültigen Fassung. Gleichzeitig erteilen wir unser Einverständnis zur Datenverarbeitung gemäß DSGVO.**

---

**Firmenstempel, Unterschrift:**

---

**Datum:**