

**Beitritts-gesuch für Kollektivmitgliedschaft / Demande d'adhésion pour
membre collectif**

Institution / *Institution*: _____

Adresse / *Adresse*: _____

PLZ / *NPA*: _____

Ort / *Lieu*: _____

Bewirbt sich um eine Kollektivmitgliedschaft bei der ROREP (Jahresbeitrag CHF 300) / *Désire devenir
membre collectif de l'OEPR (cotisation annuelle CHF 300)*

Person 1 (Rechnungsempfänger) / Personne 1 (récepteur de la facture)

Titel / *Titre*: _____

Vorname / *Prénom*: _____

Name / *Nom*: _____

Funktion / *Position*: _____

E-Mail / *E-Mail*: _____

Telephon / *Téléphone*: _____

Bevorzugte Korrespondenzsprache / *Langue de correspondance préférée*

Deutsch

Français

.....

Person 2 / Personne 2

Titel / Titre: _____

Vorname / Prénom: _____

Name / Nom: _____

Funktion / Position: _____

E-Mail / E-Mail: _____

Telephon / Téléphone: _____

Bevorzugte Korrespondenzsprache / Langue de correspondance préférée

Deutsch

Français

.....

Person 3 / Personne 3

Titel / Titre: _____

Vorname / Prénom: _____

Name / Nom: _____

Funktion / Position: _____

E-Mail / E-Mail: _____

Telephon / Téléphone: _____

Bevorzugte Korrespondenzsprache / Langue de correspondance préférée

Deutsch

Français

.....

Person 4 / Personne 4

Titel / Titre: _____

Vorname / Prénom: _____

Name / Nom: _____

Funktion / Position: _____

E-Mail / E-Mail: _____

Telephon / Téléphone: _____

Bevorzugte Korrespondenzsprache / Langue de correspondance préférée

Deutsch

Français

.....

Person 5 / Personne 5

Titel / Titre: _____

Vorname / Prénom: _____

Name / Nom: _____

Funktion / Position: _____

E-Mail / E-Mail: _____

Telephon / Téléphone: _____

Bevorzugte Korrespondenzsprache / Langue de correspondance préférée

Deutsch

Français

.....

Person 6 / *Personne 6*

Titel / *Titre*: _____

Vorname / *Prénom*: _____

Name / *Nom*: _____

Funktion / *Position*: _____

E-Mail / *E-Mail*: _____

Telephon / *Téléphone*: _____

Bevorzugte Korrespondenzsprache / *Langue de correspondance préférée*

Deutsch

Français

.....

Datum / *Date*: _____

Unterschrift Person 1/

Signature Personne 1: _____

.....

Einsenden an / *Envoyer à*:

ROREP, Geschäftsstelle, Prof. Dr. Hannes Egli, Hofibachstrasse 5, 8909 Zwillikon
info@rorep.ch