

# Demande d'affiliation

au titre de membre A, B, D ou S  
à l'IHS (Ingénieur Hôpital Suisse)



## Critères d'adhésion prévus par les Statuts:

Membres A : membres actifs:

- Ingénieurs, architectes ou techniciens
- Cadres exerçant, dans un hôpital, la fonction d'ingénieur hospitalier
- Chargés de sécurité avec formation H+ ou équivalent

Membres B:

- Membres A retraités

Membres C : membres partenaires:

- Délégués désignés nominativement, travaillant dans le domaine de la santé (recherche, services ou industrie)

Membres D : membres collectifs:

- Organisations poursuivant et promouvant les mêmes buts que l'IHS

Membres S : membres étudiants

- Les étudiants des hautes écoles spécialisées ont l'occasion faire plus ample connaissance avec l'IHS

## Cotisation annuelle:

Cat. A: Membres actifs Membres

CHF 150.-

Cat. B: Membres A retraités

CHF 25.-

Cat. D: Membres collectifs

CHF 120.-

Cat. S: Étudiants

CHF 0.-

Merci de bien vouloir remplir le formulaire ci-joint.  
Vous pouvez l'envoyer par courrier postal à:

Ingénieur Hôpital Suisse  
Secrétariat  
Postfach  
8302 Kloten

Ou le scanner et l'envoyer par e-mail à:

[ihs-gs@ihs.ch](mailto:ihs-gs@ihs.ch)

**Président**  
Tomas Bucher  
c/o Clinique romande de  
réadaptation case postale  
CH-1951 Sion

**Département Finances**  
Alfred Sigg  
c/o Psychiatrische Universitätsklinik Zürich  
Lenggstrasse 31  
CH-8032 Zürich

**Secrétariat**  
IHS Geschäftsstelle  
Postfach  
CH-8302 Kloten  
[ihs-gs@ihs.ch](mailto:ihs-gs@ihs.ch)

# Demande d'affiliation

au titre de membre A, B, D ou S  
à l'IHS (Ingénieur Hôpital Suisse)



Merci de remplir en caractères d'imprimerie ou directement dans le formulaire PDF et imprimer.

## Geschäftsadresse

Madame Monsieur

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Profession/Titre \_\_\_\_\_

Position \_\_\_\_\_

Hôpital / Clinique / École supérieure \_\_\_\_\_

Entreprise / Service \_\_\_\_\_

Rue / No. \_\_\_\_\_ Postfach \_\_\_\_\_

NPA \_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Site Internet \_\_\_\_\_

## Adresse de facturation (si différente de celle de l'entreprise)

Service \_\_\_\_\_

Rue/No \_\_\_\_\_ Postfach \_\_\_\_\_

NPA \_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_

## Adresse privée

Rue/No \_\_\_\_\_ Postfach \_\_\_\_\_

NPA \_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_

Catégorie de membre  A  B  D  S

Ma demande est appuyée par le membre IHS nommé ci-après: (à ne remplir que s'il s'agit d'une demande d'affiliation membre A)

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

**J'ai lu et j'accepte les Statuts.**

**La résiliation doit se faire conformément aux Statuts.**

Lieu / Date: \_\_\_\_\_ Timbre / Signature: \_\_\_\_\_

**Président**  
Tomas Bucher  
c/o Clinique romande de réadaptation  
case postale  
CH-1951 Sion

**Département Finances**  
Alfred Sigg  
c/o Psychiatrische Universitätsklinik Zürich  
Lenggstrasse 31  
CH-8032 Zürich

**Secrétariat**  
IHS Geschäftsstelle  
Postfach  
CH-8302 Kloten  
ihs-gs@ihs.ch