



Hiermit beantrage/n ich/wir die Mitgliedschaft im Verein **Nationales Zentrum für Plasmamedizin**

Mitglied wird eine Juristische Person Private Person

Firma/Einrichtung _____ Internet _____

Ansprechpartner Titel _____ Vorname _____ Nachname _____

Adresse PLZ _____ Ort _____ Straße _____

E-Mail _____ Tel. _____ Fax _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Jahresbeitrag* – Zutreffendes bitte ankreuzen

Firmen, Institute oder Universitäten nach Jahresumsatz	<1 Mio. €	500,00 €	<input type="checkbox"/>
	1 bis < 5 Mio. €	1.000,00 €	<input type="checkbox"/>
	Ab 5 Mio. €	1.500,00 €	<input type="checkbox"/>

Privatpersonen	Doktorand/in oder Postdoc**	50,00 €	<input type="checkbox"/>
	Natürliche Person	100,00 €	<input type="checkbox"/>

*) Die Mitgliedschaft verlängert sich stillschweigend um ein Jahr, wenn nicht bis zum 30.09. des betreffenden Jahres die Kündigung per Einschreiben an die Geschäftsstelle eingegangen ist. Bei berechtigtem Anliegen kann ein junges, vorzugsweise neugegründetes Unternehmen auf Antrag (formlos) für ein Jahr beitragsfrei gestellt werden. Hierüber beschließt der Vorstand.

***) Ein Nachweis in Form einer Bestätigung durch den/die Promotionsbetreuer/in oder die Einschreibung an einer Universität für Doktoranden/innen bzw. durch einen Kurz-CV mit Angaben zum Zeitpunkt der Promotion und zur aktuellen Tätigkeit für Postdocs ist dem Antrag beizulegen.

Bankeinzugsermächtigung – Bitte unterzeichnen Sie auch die Bankeinzugsermächtigung! Ihr Beitrag wird abgebucht. Hiermit erteile ich dem Nationalen Zentrum für Plasmamedizin e. V. die Ermächtigung, den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto einzuziehen.

Kontoinhaber _____ Kontonummer _____

Bankleitzahl _____ Bank _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____