



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

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 Post-Doc**	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 schriftliche Kündigung an die Geschäftsstelle eingegangen ist. Die Kündigung kann per E-Mail an assistenz@nzpm.de erfolgen. 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 Post-Docs ist dem Antrag beizufügen.

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 _____ Bank _____

IBAN _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____