



# Beitrittserklärung

## Forum MedTech Pharma e.V.

Sitz des Vereins: Nürnberg, VR 3142  
Am Tullnaupark 8  
90402 Nürnberg

www.medtech-pharma.de  
Tel. 0911-206 71-330  
Fax: 0911-206 71-792

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein  
Forum MedTech Pharma e.V.

M-Nr.

Firma / Institut \_\_\_\_\_

Position<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Titel \_\_\_\_\_

Vorname<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Name<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ - Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

www. \_\_\_\_\_

Mitglied als

Juristische Person

Natürliche Person<sup>2</sup>

Gründungsjaar<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

Umsatz (Mio €)<sup>3</sup>: \_\_\_\_\_

Anzahl Mitarbeiter<sup>3</sup>: \_\_\_\_\_

Tätigkeits-  
Schwerpunkt \_\_\_\_\_

Haupt-  
Interesse a. d.  
Mitgliedschaft \_\_\_\_\_

- 1) Ich erkläre mich einverstanden, dass diese Daten im geschützten Mitgliederbereich der Mitglieder-Onlinedatenbank veröffentlicht werden und dass mir der elektron. InfoLetter des Forum MedTech Pharma gesendet wird.
- 2) Eine Mitgliedschaft als natürliche Person ist laut Satzung für Angestellte oder leitende Personen von Unternehmen der Medizintechnik oder des Bereiches Pharma sowie deren angrenzenden Fachgebieten nicht möglich.
- 3) Diese Angaben dienen zur Einordnung und werden nicht veröffentlicht.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Visitenkarte

# Beitragsordnung des Forum MedTech Pharma e.V. 2020

Mitgliedsart		Jahresbeitrag [€]	Kategorie	
Natürliche Person*		180	A	
Person	Hochschulinstiute / außeruniversitäre Forschungsinstitute	300	B1	
	Kliniken, Krankenhäuser	300	B2a	
	Universitätskliniken/Maximalversorger + Universitäten** (inkl. 10 Institute/Kliniken)	500	B2b	
	nicht erwerbswirtschaftliche Vereinigungen / Gebietskörperschaften	550	B3	
	nicht erwerbswirtschaftliche Vereinigungen (Ausland)	260	B4	
Juristische	Erwerbswirtschaftliches Unternehmen	Existenzgründer	210	C1
	mit einem Umsatz bis zu Mio. €	0,5	380	C2
		2,5	520	C3
		5	690	C4
		10	1000	C5
		15	1.250	C6
		25	1.500	C7
		50	2.650	C8
		250	4.800	C9
		> 250	8.000	C10

\* Eine Mitgliedschaft als natürliche Person ist laut Satzung für Angestellte oder leitende Personen von Unternehmen der Medizintechnik oder des Bereiches Pharma sowie deren angrenzenden Fachgebieten nicht möglich, sofern das Unternehmen nicht Mitglied ist.

Die Daten der vertretungsberechtigten Personen der juristischen Personen oder Personenvereinigungen sind beim Vorstand zu hinterlegen.

\*\* Basisbeitrag mit 10 Instituts-/Kliniknennungen

50 € Jahresbeitrag für jede weitere benannte, nicht in der Basismitgliedschaft inkludierte Institution (≥ 11 Institute / Kliniken).

Die Jahresbeiträge werden per Lastschriftverfahren eingezogen. Über den Jahresbeitrag wird nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 des Körperschaftsteuergesetzes eine Zuwendungsbescheinigung erstellt.

## SEPA-Basislastschrift-Mandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE83ZZZ00000791838 Mandatsreferenz ist Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Ich ermächtige **Forum MedTech Pharma e.V.**, den von mir jeweils nach der gültigen Beitragsordnung zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von **Forum MedTech Pharma e.V.** auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich bin damit einverstanden, dass zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs, die grundsätzliche 14-tägige Frist für die Information vor Einzug (Pre-Notifikation) einer fälligen Zahlung bis auf 2 Tage vor Belastung verkürzt werden kann.

Auf Wunsch ist die Zahlung auch per Rechnung möglich.

**Zahlungsart:** Wiederkehrende Zahlung

**Zahlungspflichtiger:**

Name d. Kontoinhabers: \_\_\_\_\_ Straße/Hausnr: \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Ort: \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_ Kreditinstitut \_\_\_\_\_

**Zahlungsempfänger:** Forum MedTech Pharma e.V.

Am Tullnaupark 8  
90402 Nürnberg  
Deutschland

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers und Firmenstempel