



Hiermit beantrage/n ich/wir die Mitgliedschaft im Verein **Nationalen 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	Doktoranden & Post-Docs	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.

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 _____



NATIONALES ZENTRUM
FÜR PLASMAMEDIZIN

Langenbeck-Virchow-Haus

Luisenstr. 58/59

10117 Berlin

E-Mail: info@plasma-medicin.de

Tel.: +49 (0)3834-554-314

Fax: +49 (0)3834-554-301

Ort, Datum _____

Unterschrift _____