

Antrag auf Mitgliedschaft

im InnoNet HealthEconomy e.V.

Hiermit beantrage/n ich / wir für

Name des Unternehmens / der Einrichtung

Straße

PLZ und Ort

Ansprechpartner

Funktion des Ansprechpartners

Homepage

E-Mail

Telefon

Fax

Mobilnummer

rechtsverbindlich die Aufnahme in den im Vereinsregister Mainz angemeldeten Verein der Gesundheitswirtschaft „InnoNet HealthEconomy e.V.“

Die Mitgliedsbeiträge werden gemäß Beitragsordnung und nach Rechnungsstellung am Anfang eines Steuerjahres fällig.

Mein / Unser Mitgliedsbeitrag beläuft sich gemäß Beitragsordnung (siehe Rückseite) auf Euro.

Ich bin / Wir sind

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Versorger | <input type="checkbox"/> Hersteller |
| <input type="checkbox"/> Vorleister / Zulieferer | <input type="checkbox"/> Händler |
| <input type="checkbox"/> Dienstleister / Beratung | <input type="checkbox"/> Universität / Hochschule / sonstige Bildungseinrichtung |
| <input type="checkbox"/> Institut / Einrichtung Forschung und Entwicklung | <input type="checkbox"/> Kranken- oder Rentenversicherung (gesetzlich/privat) |
| <input type="checkbox"/> Kammer / Verband / Vereinigung | <input type="checkbox"/> Netzwerk / Cluster |
| <input type="checkbox"/> öffentliche Verwaltung | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |

Technologieschwerpunkte / Branche:

- Medizinprodukte/-technik Pharmazie Biotechnologie Handwerk Sonstige

Kommunikation/Daten

- Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass Name und Logo unserer Firma/Institution auf der Homepage sowie in Werbeproschüren des InnoNet HealthEconomy e.V. aufgeführt werden.
- Ich erkläre mich / Wir erklären uns damit einverstanden, dass der Verein Informationen per elektronischem Newsletter an oben genannte E-Mail-Adresse sendet.

Die in diesem Antrag erfassten Daten dienen ausschließlich der Vereinsarbeit. Ihre Daten werden zum Zwecke der vereinsinternen Daten- und Textverarbeitung elektronisch gespeichert, verarbeitet und genutzt, jedoch nicht an Dritte weitergereicht.

Ich habe / Wir haben die Satzung und die Beitragsordnung erhalten und erkläre mich/ erklären uns damit einverstanden.

Rechtsverbindliche Unterschrift, Stempel

Ort, Datum