

InnoMed – Netzwerk für Medizintechnik Sachsen-Anhalt e.V.Paul-Ecke-Straße 1
39114 MagdeburgBankverbindungStadtparkasse Magdeburg
IBAN: DE34 8105 3272 3000 0225 96
BIC: NOLADE21MDGAmtsgericht Stendal
VR 11662
St.-Nr.: 102/140/00763**Antrag auf Mitgliedschaft im InnoMed e.V.**

Name/Rechtsform des Unternehmens/der Institution bzw. Titel/Vorname/Nachname der Person

AnsprechpartnerIn*: _____

Firmensitz/Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Internet: _____

beantragt, dem InnoMed e.V. als

 Unternehmen/Institution (juristische Person) – Jahresbeitrag 130,00 Euro, Einzelmitglied (natürliche Person) – Jahresbeitrag 50,00 Euro,

beizutreten.

Die Grundlagen und die Satzung des Vereins sind bekannt und werden anerkannt.

Unternehmensdaten*

Leitung: _____
Titel/Vorname/Nachname

Jahr der Gründung: _____

Größe der Belegschaft: _____

Markt und Produktdaten*

Branche: _____

Produkte und
Dienstleistungen: _____

Ort/Datum

Unterschrift

Dem Antrag auf Mitgliedschaft wurde durch Vorstandsbeschluss auf der Sitzung am __.__.____ stattgegeben.

Ja

Nein

Datum/InnoMed e.V.