

## Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den MedTech Circle e.V. als ordentliches Mitglied. Über den jährlichen Mitgliedsbeitrag von 100,- EUR bin ich informiert und einverstanden.

**Vorname, Name:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort** \_\_\_\_\_

**Firma /Institution:** \_\_\_\_\_

**Telefon, Fax, e-mail:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Beruf, Position:** \_\_\_\_\_

**E-Mail Adresse:** \_\_\_\_\_

Den Jahresbeitrag von 100,- EUR überweise ich jeweils zum 01. Januar jeden Jahres auf folgendes Konto:

MedTech Circle e.V.

Commerzbank

Konto-Nr: 831322300

BLZ: 70040048

IBAN: DE89 7004 0048 0831 3223 00

---

Ort, Datum, Unterschrift