

## Beitrittserklärung

### Life Science Nord e.V.

Falkenried 88  
20251 Hamburg

Hiermit möchte ich/möchten wir die Aufnahme als ordentliches Mitglied in den Verein Life Science Nord e.V.

Mir/uns ist bekannt, dass der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt **(bitte ankreuzen)**:

- |                          |   |              |
|--------------------------|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Start-Up der Life-Science- Branche (im Jahr der Gründung)               | kostenfrei   |
| <input type="checkbox"/> | Privatperson  | EUR 165,--   |
| <input type="checkbox"/> | Life Science Unternehmen mit bis zu 25 Mitarbeitern                     | EUR 200,--   |
| <input type="checkbox"/> | Life Science Unternehmen mit 26 bis 50 Mitarbeitern                     | EUR 600,--   |
| <input type="checkbox"/> | Life Science Unternehmen mit 51 bis 100 Mitarbeitern                    | EUR 1.200,-- |
| <input type="checkbox"/> | Life Science Unternehmen mit mehr als 100 Mitarbeitern                  | EUR 1.800,-- |
| <input type="checkbox"/> | öffentliches Unternehmen / Institute                                    | EUR 400,--   |
| <input type="checkbox"/> | Kreditinstitut, Venture Capital-Gesellschaft u.a. externe Dienstleister | EUR 2.900,-- |
| <input type="checkbox"/> | Netzwerk, Verein, ausländisches Unternehmen, etc.                       | auf Anfrage  |

Unternehmen \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Homepage \_\_\_\_\_

**In Zukunft möchten wir überwiegend über E-Mail kommunizieren. Daher bitten wir Sie zugunsten eines schnellen und kostengünstigen Austausches hier um Ihre Adresse:**

E-Mail \_\_\_\_\_

(bitte beide Seiten ausfüllen und im Original unterschrieben zurücksenden)

**Life Science Nord e.V.**

Falkenried 88  
20251 Hamburg

**SEPA-Basislastschriftmandat mit späterer Mitteilung der Mandatsreferenz für wiederkehrende Zahlungen**

**Gläubiger-Identifikationsnummer DE41ZZZ00001008225**

**Mandatsreferenz: (zukünftige Mitgliedsnummer)**

Ich/wir ermächtige(n) **Life Science Nord e.V.**, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die vom **Life Science Nord e.V.** auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber/Zahlungspflichtiger: .....

Straße und Hausnummer: .....

PLZ und Ort: .....

Kreditinstitut (Name und BIC1): .....

IBAN: DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

Datum, Ort und Unterschrift(en): .....