



Beitragsordnung (Beschluss 14.03.2023)

	€	Gruppe
Persönliche Mitglieder, mikro-KMU*, Institute, Kliniken-/Krankenhäuser, sonstige Teilorganisationen deren Dachorganisation bereits Mitglied im MedLife e.V. ist	250	A
kleine KMU*	500	B
mittelgroße KMU*, Fördermitglieder, Kommunen und vergleichbare intermediäre Organisationen, mittelgroße Forschungseinrichtungen mit Teilinteressen	1.000	C
große öffentliche Einrichtungen, z.B. Universitäten, Großforschungseinrichtungen, Kliniken und vergleichbare intermediäre Organisationen	2.500	D
Gewerbliche Großunternehmen	5.000	E
Ehrenmitglieder	0	M
Kostenfreie Probemitgliedschaft für Start-Ups für 2 Jahre	0	S
Kostenfreistellung für Mitglieder, die den Tätigkeitsbereich des MedLife e.V. verlassen (Region Aachen-Düsseldorf-Köln-Maastricht-Lüttich)	0	U

- Über die Aufnahme entscheidet der Vorstand des MedLife e.V..

- alle Zuordnungen (z.B. Mitarbeiterzahl) stellen eine Richtgröße zur Ermittlung des Mitgliedsbeitrages dar, jede Einsortierung wird vom Vorstand einzeln bewertet und ggfs. durch Rücksprache abgestimmt.

- Die Probemitgliedschaft geht nicht automatisch in eine reguläre Mitgliedschaft über. Eine Beitrittserklärung ist auch schon vor und nach dem Ablauf der Probezeit möglich.

*KMU Unternehmenskategorie	Zahl der Mitarbeiter (FTE)	Umsatz (€)	Bilanzsumme (€)
mittelgroß	unter 250	höchstens 50 Mio.	höchstens 43 Mio.
klein	unter 50	höchstens 10 Mio.	höchstens 10 Mio.
mikro	unter 10	höchstens 2 Mio.	höchstens 2 Mio.



Mail: info@medlife-ev.de
Tel: 0049 (0)241 47 583-486
Aachener-und-Münchener-Allee 9
52074 Aachen

Beitrittserklärung zum MedLife e.V.

Titel, Name, Vorname _____

Firma, Institution _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail: _____ Web _____

Meine/Unsere Beitragsgruppe | A | B | C | D | E | M | S | U |

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Jahresmitgliedsbeitrag: € _____

(Datum, Ort)

Unterschrift

Ich zahle per

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Lastschrift

(bitte SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen)

Überweisung

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige MedLife e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von MedLife e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. (Gläubiger-ID: DE80ZZZ00000728260) Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

_____ | _____

(Kreditinstitut)

(BIC)

DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

(IBAN)

(Datum, Ort)

(Unterschrift des Kontoinhabers)