

Beitrittserklärung zum MedEcon Ruhr e.V.

Firma/Institution: _____

Vertreten durch: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____

E-Mail: _____ Internet: _____

Der Mitgliedsbeitrag (mind. 2.500 €) beträgt

Wir beantragen einen reduzierten Beitrag

in Höhe von 500 € gem. Abs. 2.1 Beitragsordnung

in Höhe von 1.250 € gem. Abs. 2.2 Beitragsordnung

in Höhe von 1.250 € gem. Abs. 2.3 Beitragsordnung

in Höhe von 500 € gem. Abs. 2.4 Beitragsordnung

in Höhe von 1.250 € gem. Abs. 2.5 Beitragsordnung

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____