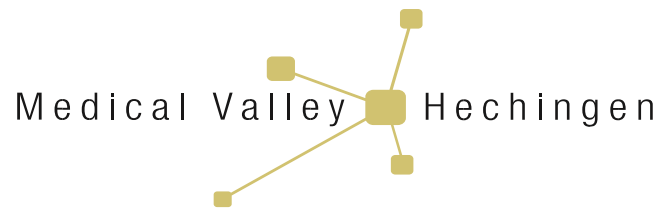


Medical Valley Hechingen e. V.

Linsenäcker 1

72379 Hechingen



Beitrittserklärung

„Medical Valley Hechingen e. V.“

Ich/Wir möchte/n Mitglied des Vereins „Medical Valley Hechingen e. V.“ werden und erkläre/n hiermit den Beitritt

Firma _____

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

Datum _____

Unterschrift _____

Einzugsermächtigung

Ich/Wir ermächtige/n den Verein „Medical Valley Hechingen e.V.“, den zur Zeit gültigen jährlichen Mitgliedsbeitrag im Rahmen der aktuellen Gebührenordnung

von meinem/unserem Konto IBAN _____

bei der _____ (BIC _____)

bis auf Widerruf abzubuchen

Datum _____

Unterschrift _____