



## Beitragsordnung (Beschluss 14.03.2023)

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

- 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](mailto:info@medlife-ev.de)  
Tel: 0049 (0)241 47 583-486  
Rotter Bruch 6  
52068 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)