



m⁴ Personalisierte Medizin e.V.

Beitrittserklärung

Bitte unterschrieben zurück an:

m⁴ Personalisierte Medizin e.V.
c/o Bio^M Biotech Cluster Development GmbH
Am Klopferspitz 19a
D-82152 Martinsried

Tel.: +49 89 – 899 679 0
Fax: +49 89 – 899 679 79
Email: info@m4.de
www.m4.de

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein m⁴ Personalisierte Medizin e.V.
und stimme der Satzung des Vereins zu (aktuell unter www.m4.de/satzung).

als juristische Person/Personenvereinigung

*Name _____

*Anzahl der Mitarbeiter: _____

als natürliche Person

Anrede: Frau Herr

Titel _____

*Vorname _____

*Nachname _____

Adressdaten:

*Straße, Hausnr. _____

*PLZ, Ort _____

*Telefon _____

*Email _____

Web: www._____

*Pflichtfeld



m⁴ Personalisierte Medizin e.V.

*Mitgliedsstatus

Die Mitgliedschaft wird beantragt für folgende Mitgliedskategorie. Die angegebenen Beträge verstehen sich pro Kalenderjahr. Es gilt die Beitragsordnung vom 22.01.2015:

Natürliche Person, 100,- €

Juristische Person oder Personenvereinigung, und zwar als

Erwerbswirtschaftliches Unternehmen: bis 10 Mitarbeiter (MA), 200,- €; bis 50 MA, 350,- €; bis 100 MA, 500,- €;
 bis 250 MA, 750,- €; bis 500 MA, 1000,- €; bis 1000 MA, 1500,- €; bis 5000 MA, 2000,- €; über 5000 MA, 5000,- €
Forschungseinrichtung, öffentliche Einrichtung, Personenvereinigung:
 Institut als Teil einer Hochschule, einer Klinik, eines Krankenhauses oder außeruniversitären Forschungsinstituts, 200,- €;
 Gesamte Institution, nicht erwerbswirtschaftliche öffentliche Einrichtung, Personenvereinigung, bis 50 MA, 200,- €;
 bis 500 MA 500,- €; bis 1000 MA 750,- €; über 1000 MA 1000,- €

Vertretungsermächtigung (sofern erwünscht)

Vertretungsberechtigte Person und stimmberechtigtes Mitglied ist bis auf Widerruf:

Anrede: Frau Herr

Titel _____

Vorname _____

Nachname _____

Firma/Position _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Email _____

Anmerkungen/Hauptinteresse an der Mitgliedschaft:

* _____
Ort, Datum

* _____
Unterschrift

*Pflichtfeld





m⁴ Personalisierte Medizin e.V.

*Einwilligungserklärung Datenschutz

Durch Ihre Unterschrift wird der folgende Hinweis zur Datenverarbeitung und Datennutzung Bestandteil des Antrags:

Dem Verein m⁴ Personalisierte Medizin e.V. ist der Schutz Ihrer Privatsphäre und die Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen sehr wichtig. Er schützt Ihre personenbezogenen Daten und trifft angemessene Maßnahmen für deren Sicherheit. Der Verein erhebt nur Daten, die zur Verfolgung der Vereinsziele und für die Betreuung und Verwaltung der Mitglieder erforderlich sind. Eine sonstige kommerzielle Nutzung Ihrer Daten ist grundsätzlich ausgeschlossen. Die Daten der Vereinsmitglieder werden nur für Spendenaufrufe und Werbung zur Erreichung der eigenen Ziele des Vereins genutzt. Eine Weitergabe der Mitgliedsdaten an Sponsoren oder Wirtschaftsunternehmen bedarf der vorherigen textuellen Einwilligung der betroffenen Mitglieder.

Zur Wahrnehmung satzungsmäßiger Mitgliederrechte ist der Verein verpflichtet, Vereinsmitgliedern eine Mitgliederliste zu überlassen. Mitglieder, denen die Adressen bekannt gegeben werden, müssen eine Zusicherung darüber abgeben, dass sie die Daten nicht für andere Zwecke als der Wahrnehmung der satzungsmäßigen Mitgliedsrechte verwenden.

Zur Erledigung der Verwaltungsaufgaben (u.a. Schriftverkehr, Postbearbeitung, Führung der Mitgliederkartei, Mitgliederkommunikation, Zahlungsverkehr) bestellt der Vorstand des Vereins eine Geschäftsführende Stelle, die damit Zugriff auf alle Mitgliedsdaten hat. Der Vorstand sorgt dafür, dass die Geschäftsführende Stelle alle hier aufgeführten Datenschutzmaßnahmen einhält.

* _____

Ort, Datum

* _____

Unterschrift

Optional: Veröffentlichung von Mitgliederdaten im Internet

Der Vereinsvorstand weist hiermit darauf hin, dass ausreichende technische Maßnahmen zur Gewährleistung des Datenschutzes getroffen werden. Dennoch kann bei einer Veröffentlichung von personenbezogenen Mitgliederdaten im Internet ein umfassender Datenschutz nicht garantiert werden. Daher nimmt das Vereinsmitglied die Risiken für eine eventuelle Persönlichkeitsrechtsverletzung zur Kenntnis und ist sich bewusst, dass:

- die personenbezogenen Daten auch in Staaten abrufbar sind, die keine der Bundesrepublik Deutschland vergleichbaren Datenschutzbestimmungen kennen,
- die Vertraulichkeit, die Integrität (Unverletzlichkeit), die Authentizität (Echtheit) und die Verfügbarkeit der personenbezogenen Daten nicht garantiert ist.

Das Vereinsmitglied trifft die Entscheidung zur Veröffentlichung seiner Daten im Internet freiwillig und kann seine Einwilligung gegenüber dem Vereinsvorstand jederzeit widerrufen.

Erklärung

„Ich bestätige das Vorstehende zur Kenntnis genommen zu haben und willige ein, dass der Verein m⁴ Personalisierte Medizin e.V. folgende Daten über meine/unsere Mitgliedschaft auf der Internetseite des Vereins, die von der Geschäftsstelle betrieben wird (www.m4.de), veröffentlichen darf:

Name des Mitglieds	
Land, PLZ, Ort	
Webadresse	

Ort, Datum

Unterschrift

*Pflichtfeld



m⁴ Personalisierte Medizin e.V.

Zahlungsmodus

Der Mitgliedsbeitrag wird jeweils zu Beginn eines Kalenderjahres fällig. Bei Eintritt im laufenden Jahr wird innerhalb des ersten Halbjahres der volle Jahresbeitrag, bei Eintritt nach dem 17.06. nur die Hälfte des Jahresbeitrags berechnet.
Der Beitrag ist mit Aufnahme sofort fällig.

* Mitgliedsbeitrag soll bezahlt werden per

- Rechnung (hierbei müssen wir eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 8,- € erheben).
- SEPA-Lastschriftmandat:

Zahlungsempfänger: m⁴ Personalisierte Medizin e.V.

Gläubiger-ID: DE51PMM00001592664

Mandatsreferenz ist: Mitgliedsnummer-1

Ich ermächtige m⁴ Personalisierte Medizin e.V., den von mir jeweils nach der gültigen Beitragsordnung zu entrichtenden jährlichen Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von m⁴ Personalisierte Medizin e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis für SEPA Basis-Lastschriftmandate: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich bin damit einverstanden, dass zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs, die grundsätzliche 14-tägige Frist für die Information vor Einzug (Pre-Notifikation), auch per Email, einer fälligen Zahlung bis auf 2 Tage vor Belastung verkürzt werden kann.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name des Kontoinhabers: _____

Bankname, -ort: _____

IBAN:

BIC:

* _____
Ort, Datum

* _____
Unterschrift des Kontoinhabers

Selbstverständlich können Sie den Verein auch durch Spenden unterstützen.
Setzen Sie sich vorab dafür gerne mit dem Verein in Kontakt.

*Pflichtfeld