

## Rückmeldeformular Partner

(Bitte ankreuzen!)

Ich habe Interesse an:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> F&E Projekten                         | <input type="checkbox"/> Neue Gesetzgebung MDR/IVDR     |
| <input type="checkbox"/> Schulungen und Veranstaltungen        | <input type="checkbox"/> Einführung in DIN EN ISO 13485 |
| <input type="checkbox"/> Markterweiterung Medizintechnik       | <input type="checkbox"/> _____                          |
| <input type="checkbox"/> Ja, ich möchte Informationen erhalten |   |

Titel, Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Firma, Institution: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Der Beitrag für die Netzwerk-Partnerschaft beträgt pro Netzwerkjahr:

(Eine Anmeldung ist ganzjährig möglich)

pro Netzwerkjahr 500 €

Ja, ich möchte Partner werden und von den Vorteilen profitieren

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift

Eine Partnerschaft ist nur als juristische Person (Unternehmen, Forschungseinrichtung oder Universität) möglich. Wir bitten um Nennung der vertretungsberechtigten Personen. Ein Netzwerkjahr beginnt am 01. September und endet am 31. August des Folgejahres. Die Netzwerkmitgliedschaft verlängert sich automatisch um 1 Jahr. Eine Kündigung muss bis zum 31. Mai des Mitgliedsjahres schriftlich erfolgen.