

Ich/Wir beantrage/n die Mitgliedschaft im BioCon Valley Mecklenburg-Vorpommern e. V.

**Mitglied** wird ein/e  Einzelunternehmen/Personengesellschaft  Juristische Person  
 Stadt / Gemeinde  Körperschaft ö. R.  Verein  Privatperson

Firma/Einrichtung

Titel  Vorname  Name

Straße/Hausnummer  PLZ Ort

E-Mail

Telefon  Fax

Internetadresse

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Jahresbeitrag \*) - Zutreffendes bitte ankreuzen**

Einzelunternehmen/Personengesellschaft/ Juristische Person (nach Jahresumsatz)	Körperschaft ö. R. <input type="checkbox"/> 1.500 €
<input type="checkbox"/> 125 €      bei < 500.000 €	Stadt oder Gemeinde <input type="checkbox"/> 500 €    bei < 5.000 Einwohnern
<input type="checkbox"/> 250 €      bei 500.000 - 2,5 Mio. €	<input type="checkbox"/> 750 €    bei 5.000 - 25.000 Einwohnern
<input type="checkbox"/> 500 €      bei 2,5 Mio. - 5 Mio. €	<input type="checkbox"/> 1.000 €    bei 25.001 - 50.000 Einwohnern
<input type="checkbox"/> 1.000 €    bei 5 Mio. - 20 Mio. €	<input type="checkbox"/> 1.500 €    bei > 50.000 Einwohnern
<input type="checkbox"/> 1.500 €    bei 20 Mio. - 50 Mio. €	Privatpersonen <input type="checkbox"/> 100 € (Mitgliedschaft nur in begründeten Fällen möglich)
<input type="checkbox"/> 2.500 €    bei > 50 Mio. €	Vereine <input type="checkbox"/> 50 € <b>Regionaler Förderverein</b> <small>mit dem Ziel der Unterstützung der wirtschaftlichen Umsetzung moderner Biotechnologien oder der Gesundheitswirtschaft</small>
	<input type="checkbox"/> 250 € <b>Sonstiger Verein</b>

**SEPA-Lastschriftmandat** - Bitte unterzeichnen Sie auch die Bankeinzugsermächtigung! Ihr Mitgliedsbeitrag wird abgebucht.  
 Ich/Wir ermächtige/n den BioCon Valley Mecklenburg-Vorpommern e. V., den Mitgliedsbeitrag von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.  
 Hinweis: Ich kann /Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.  
 Ich/Wir werde/n mit separatem Schreiben über die Abbuchung informiert. Der genaue Termin wird im Schreiben mitgeteilt.

Kontoinhaber

IBAN  BIC/SWIFT

Name des Kreditinstituts

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel (wenn vorhanden)

Fax 03834-515 102  
 Postanschrift BioCon Valley Mecklenburg-Vorpommern e. V.,  
 Friedrich-Barnewitz-Straße 8, D-18119 Rostock

\*) Die Mitgliedschaft verlängert sich stillschweigend um ein Jahr, wenn nicht bis zum 30.09. des betreffenden Jahres die Kündigung per Einschreiben eingegangen ist.  
 Bei berechtigtem Anliegen kann ein junges, vorzugsweise neugegründetes Unternehmen auf Antrag (formlos) für ein Jahr beitragsfrei gestellt werden. Hierüber beschließt der Vorstand.

## Ausfüllhinweise „Beitrittserklärung“

Diese Hinweise helfen Ihnen beim Umgang mit dem Formular.

Beim Punkt „**Mitglied wird**“ wählen Sie bitte aus, wer Mitglied werden soll:

- Einzelunternehmen / Personengesellschaft (hier sind die Firmen gemeint, welche im **Handelsregister Abteilung A** eingetragen sind: z.B. GbR, oHG, KG, ...
  
- Juristische Personen (hier sind die Firmen gemeint, welche im **Handelsregister Abteilung B** eingetragen sind: GmbH, AG, ...
  
- Körperschaften öffentlichen Rechts bzw. Anstalten öffentlichen Rechts (außer Städte / Gemeinden)

In die Felder „**Mitglied wird**“ und „**Jahresbeitrag**“ setzen Sie bitte durch Anklicken ein „Kreuz“  
Sollten Sie das Kreuz falsch gesetzt haben, können Sie es durch erneutes Anklicken entfernen.

Bitte füllen Sie alle Felder sorgfältig aus, unterschreiben den Antrag und senden ihn uns im Original per Post zu.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an uns.