

An den Vorstand des  
CAT Centrum für Angewandte Telemedizin  
Mecklenburg-Vorpommern e.V.  
Schuhhagen 3  
17489 Greifswald

Tel. +49 3834 8898-20  
Fax +49 3834 8898-21

### Antrag auf Mitgliedschaft

Name:	_____
Anschrift:	_____ _____
PLZ:	_____ Ort: _____
Tel.:	_____ Fax: _____
E-Mail:	_____

Hiermit beantrage/n ich/wir die Mitgliedschaft im  
CAT Centrum für Angewandte Telemedizin Mecklenburg-Vorpommern e.V.

als	jährlicher Mitgliedsbeitrag	Aufnahme- beitrag
<input type="checkbox"/> Natürliche Person	€ 50,00	€ 150,00
<input type="checkbox"/> Gemeinnützige Einrichtung	€ 125,00	€ 500,00
<input type="checkbox"/> Hochschul-, Forschungseinrichtung	€ 250,00	€ 500,00
<input type="checkbox"/> Behörde, Verband	€ 250,00	€ 500,00
<input type="checkbox"/> Unternehmen (KMU), Selbstständiger	€ 250,00	€ 500,00
<input type="checkbox"/> Unternehmen (nicht KMU)	€ 500,00	€ 500,00

Als juristische Person werden wir vertreten durch:

Name: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

- Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass unsere Firma/Institution in den catmv-Mitteilungen erwähnt wird.
- Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass der jährliche Mitgliedsbeitrag von unserem Konto abgebucht wird:

Bank: \_\_\_\_\_  
BLZ: \_\_\_\_\_ Konto: \_\_\_\_\_

- Ich/wir bitte/n um eine jährliche Rechnung.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bitte den Antrag in DRUCKSCHRIFT ausfüllen.**