

## Medical Valley EMN e. V.

Medical Valley EMN e.V. ist ein international führendes Cluster im Bereich der Gesundheitswirtschaft. Hier sind hochspezialisierte Forschungseinrichtungen, international führende und zugleich auch viele heranwachsende Unternehmen aktiv. Diese kooperieren eng mit weltweit renommierten Einrichtungen der Gesundheitsforschung im Cluster, um gemeinsam Lösungen für die Herausforderungen der Gesundheitsversorgung von heute und morgen zu finden. Wie herausragend dieser Cluster ist, wurde Januar 2010 durch die Ernennung zum nationalen Spitzencluster durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) hervorgehoben. Im Jahr 2017 wurde Medical Valley als einer von 12 nationalen „Digital Hubs“ vom Bundeswirtschaftsministerium ernannt, dem einzigen der ausschließlich auf das Thema „Health“ ausgerichtet ist.

Derzeit besteht das Netzwerk aus mehr als 200 Unternehmen aus Wirtschaft, Wissenschaft, Gesundheitsversorgung, Netzwerken und Politik. Medical Valley EMN e.V. ist „not for profit“. Zentrale Aufgaben des Clustermanagements sind die Weiterentwicklung, Koordination und Vermarktung des Clusters. Bestehende Knotenpunkte des Stadt-Land Clusters Medical Valley EMN e.V. sind die Medical Valley Center Erlangen, Forchheim, Amberg-Weiden und Bamberg.

Das einzigartige Medical Valley Ökosystem in der Europäischen Metropolregion Nürnberg ermöglicht Ihnen schnellen und unkomplizierten Austausch mit allen relevanten Akteuren. Durch das One-Stop-Shop Prinzip, das unsere Modellregion bietet, sparen Sie außerdem Zeit, Energie und Geld. Auf diese Weise erhalten Sie jeden erdenklichen Support, der notwendig ist, um Ihre Gesundheitsinnovation zu realisieren und in den Markt zu bringen.

## Unsere Premium-Partner:



**Universitätsklinikum  
Erlangen**



## Mitgliedsbeiträge im Medical Valley EMN e. V.

### **Folgende Mitgliedsbeiträge werden festgesetzt in € p.a.:**

Natürliche Personen	100 €
Einzelne Hochschulinstitute ohne Gesamtuniversität	200 €
Kliniken und Krankenhäuser ohne Gesamtklinikum	200 €
Vereine und KöR bis 20 Mitarbeiter	200 €
Außeruniversitäre Forschungsinstitute	400 €
Vereine und KöR ab 21 Mitarbeiter	1.000 €

### **Unternehmen und große Institutionen (Mitgliedsbeiträge prinzipiell mitarbeiterbezogen):**

Kleinfirmen bis 20 Mitarbeiter	200 €
Firmen mit 21 bis 100 Mitarbeiter	400 €
Firmen und Institutionen bis 1.000 Mitarbeiter	1.000 €
Firmen und Institutionen mit 1.001 bis 5.000 Mitarbeiter	2.000 €
Firmen und Institutionen mit mehr als 5.000 Mitarbeiter	5.000 €

Eine Mitgliedschaft als natürliche Person ist für Angestellte oder leitende Personen von Unternehmen nicht möglich, sofern das Unternehmen nicht Mitglied ist. Wir bitten um Hinterlegung der vertreterberechtigten Personen, der juristischen Personen oder Personenvereinigung beim Vorstand. (siehe Formular)

## Antrag auf Mitgliedschaft

**Medical Valley EMN e.V.**

Formular bitte per E-Mail oder per Post zurücksenden.

- Ja**, ich möchte Mitglied werden
- Ja**, bitte informieren Sie mich per E-Mail über aktuelle Informationen aus dem Netzwerk.  
Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Titel, Vorname, Name: .....

Firma, Institution: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon: .....

Fax: .....

E-Mail: .....

Geburtsdatum: .....

Unterschrift .....

### Vertretungsermächtigung

Vertretungsberechtigte Person und stimmberechtigtes Mitglied ist bis auf  
Widerruf:

Herr/Frau: .....

Anschrift: .....

Geburtsdatum: .....

Ort, Datum: .....

Unterschrift: .....

Den Mitgliedsbeitrag in Höhe von ..... Euro zahle ich  
(bitte lt. beigefügter Beitragsliste einsetzen)

per Rechnung

per SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen Zahlungsempfänger: Medical Valley EMN e.V.

Gläubiger-ID: DE80ZZZ00000159937

Mandatsreferenz: wird gesondert mitgeteilt

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, Medical Valley EMN e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger, Medical Valley EMN e.V., auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

IBAN-Nr.: .....

BIC-Nr.: .....

Name der Bank: .....

Kontoinhaber: .....

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.

Ort, Datum .....

Unterschrift des  
Zahlungspflichtigen  
(Kontoinhaber) .....