



GermanStemCellNetwork

German Stem Cell Network
c/o Max-Delbrück-Centrum
Dr. Daniel Besser
Robert-Rössle-Straße 10
13125 Berlin, Germany

Das German Stem Cell Network (GSCN) ist eine Netzwerkorganisation zur Förderung der grundlagen- und anwendungsorientierten Stammzellforschung in Deutschland.

The German Stem Cell Network (GSCN) is a network organization for the advancement of the basic and applied stem cell research in Germany.

Beitrittserklärung für juristische Personen

Membership application form for legal persons

Als Vertreter des nachstehenden Forschungsinstituts/Unternehmens beantrage ich die Mitgliedschaft im German Stem Cell Network (GSCN):

As representative of the following research institute/company I apply for the membership in the German Stem Cell Network (GSCN):

Institut/Unternehmen

Institute/Company

Straße, Hausnummer

Street, number

PLZ, Ort

ZIP-Code, City

Ansprechpartner

Contact person

Titel

Title

Familiename

Surname

Vorname

First Name

Telefon

Phone

Fax

E-Mail

Der Beitritt erlangt nach der Bestätigung durch das GSCN Wirksamkeit. Der Austritt ist bis zum 30. November eines Jahres mit Wirkung zum Ende des betreffenden Kalenderjahres möglich und in Textform zu erklären.

The membership must be confirmed by the GSCN. A cancellation must be submitted in written form until November 30 to resign the membership at the end of the same year.

Wir sind **nicht** damit einverstanden, dass die postalischen und elektronischen Kontaktdaten an andere Mitglieder weitergegeben werden.

*We **do not** not agree that our postal and electronic contact details are passed on to other members.*

Bitte wenden
Please turn page

Jahresbeitrag

Annual fee

- | | | |
|--------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Forschungsinstitut
<i>Research institute</i> | 900 €/Jahr
<i>900 €/year</i> |
| <input type="checkbox"/> | Unternehmen mit bis zu 20 Mitarbeiter in Vollzeit
<i>Companies with up to 20 full-time employees</i> | 500 €/Jahr
<i>500 €/year</i> |
| <input type="checkbox"/> | Unternehmen mit über 20 Mitarbeitern in Vollzeit
<i>Companies with more than 20 full-time employees</i> | 1800 €/Jahr
<i>1800 €/year</i> |

Der Jahresbeitrag wird jeweils zu Jahresbeginn bzw. bei Eintritt fällig.

The annual fee will be due at the beginning of the year or after joining the GSCN.

Fachgruppen

Working groups

Unser Institut/Unternehmen interessiert sich besonders für die Mitarbeit in folgenden Fachgruppen:

Our institute/company would be interested in contributing to the following working groups:

Wissenschaftliche Fachgruppen:

Scientific working groups:

- Pluripotency, re-programming & programming
- Somatic stem cells and developmental biology
- Stem cells in diseases (e.g. cancer stem cells)
- Stem cells in regenerative therapies
- Disease modeling and drug development

Strategische Fachgruppen:

Strategic working groups:

- Funding programs/policies
- Career development
- Clinical trials with stem cells, regulatory affairs
- Public engagement (schools, interested public)
- Patient information
- Stem cell technologies

Ort, Datum

Place, Date

Unterschrift, Stempel

Signature, Stamp

Bitte die Beitrittserklärung ausfüllen, ausdrucken, unterschreiben und das Original per Post an die o.g. Adresse senden.

Please fill out the form, print it out and send the signed original by postal mail to the address mentioned above.

German Stem Cell Network e.V.
Deutsches Stammzellnetzwerk
c/o MDC, Dr. D Besser
Robert-Rössle-Straße 10
13125 Berlin

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 31 ZZZ 00000 995 698
(Identifier of the creditor)

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Mandat für wiederkehrende Zahlungen
(Direct debit for recurrent payments)

Mandatsreferenz: - _____ (Mitgliedsnummer)
(Mandate Reference) (Member Number)

Ich ermächtige das German Stem Cell Network e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger German Stem Cell Network e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. (With my signature I authorize the creditor German Stem Cell Network to send instructions to my bank and to debit my account in accordance with the instructions from the Creditor.)

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. (Note: As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.)

Name, Vorname
Name, first name

Straße, Nummer
Street, Number

PLZ, Ort
ZIP code, city

Kreditinstitut
Credit institute

IBAN: -- | -- | ----- | -----

BIC: -- -- | -- | -----
(Ab dem 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.)

Ort, Datum
Place, Date

Unterschrift Kontoinhaber
Signature account holder

Hinweis: Die Lastschrifteinzugsermächtigung ist nur gültig, wenn Sie diese mit Original Unterschrift per Post an das GSCN zurücksenden. **Please note:** The direct debit authorization is only valid, if you send it with original signature by postal mail back to the GSCN.