



## PRECISION MEDICINE ALLIANCE

### Mitgliedsantrag für Unternehmen & Institutionen

**Name der Organisation (bitte in Druckbuchstaben):**

---

**Adresse der Organisation (bitte in Druckbuchstaben):**

---

---

**Kontaktperson im Management (bitte in Druckbuchstaben):**

Nachname: \_\_\_\_\_

Vornamen: \_\_\_\_\_

Ausbildung und akademischer Titel: \_\_\_\_\_

Jobposition: \_\_\_\_\_

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

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Precision Medicine Alliance (PMA) für einen jährlichen Mitgliedsbeitrag von 10.000 Euro zzgl. gesetzlicher MwSt. Ich verstehe, dass die Mitgliedschaft beginnt, sobald dieser Mitgliedsantrag bei PMA eingegangen und registriert ist. PMA sendet eine schriftliche Bestätigung und eine Rechnung für den Mitgliedsbeitrag. Ich erkenne an, dass, wenn meine Institution bzw. Firma keinen anderen primären Vertreter benennt, ich als Ansprechpartner für PMA zur Verfügung stehe.

Ort: \_\_\_\_\_ , Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Founders: Dr. Henri M. von Blanquet M.D., MaHM & Dipl.-Kaufm. Patrick Hofmann  
PRECISION MEDICINE ALLIANCE, Elisabethkirchstrasse 2, 10115 Berlin, Germany  
Fax +49-32-127881122 Email: [Office@precisionmedicinealliance.org](mailto:Office@precisionmedicinealliance.org)