



Beitrittserklärung

für die Mitgliedschaft im **International Certified Professional for Medical Software Board** (ICPMSB e.V.).

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an die folgende Adresse oder Fax-Nummer.

ICPMSB e.V.
z. Hd. Matthias Hölzer-Klüpfel
Zweite Felsengasse 5
97082 Würzburg
Deutschland

Tel +49-931-32072-821
Fax +49-931-32072-819

- Persönliche Mitgliedschaft*** (kostenfrei)
 Fördernde Mitgliedschaft 500 € / Jahr
 Ehrenmitgliedschaft (kostenfrei)

(* Unterzeichnete Geheimhaltungsvereinbarung und Nachweis der fachlichen Qualifikation liegt bei)

Herr/Frau

Akademischer Titel _____
Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
Firma _____
Straße, Hausnummer _____
PLZ, Ort _____
Land _____
Telefon _____
Fax _____
Mobiltelefon _____
eMail _____

Ich habe / Wir haben die Satzung der ICPMSB e.V. gelesen und akzeptiert:

Bitte unbedingt bestätigen Ja

Wir/ich sind/bin damit einverstanden, dass die oben genannten Daten über mich an andere Mitglieder des ICPMSB e.V. weitergegeben werden dürfen.

Bitte unbedingt bestätigen Ja

