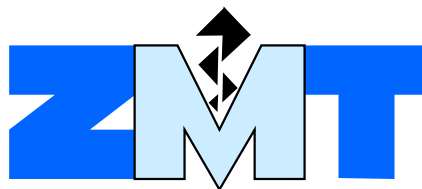


Zentralvereinigung
medizin-technischer Fachhändler, Hersteller,
Dienstleister und Berater e.V.



ZMT – Zentralvereinigung medizin-technischer
Fachhändler, Hersteller, Dienstleister und Berater e.V.
Richard-Byrd-Str. 43A

50829 Köln

Aufnahmeantrag

- | | |
|--|---|
| ☐ Fachhandel | ☐ Hersteller/Lieferant |
| ☐ Dienstleister | ☐ Berater |

Name der Firma _____

des Inhabers _____

des geschäftsführenden
Gesellschafters _____

des Geschäftsführers _____

Tel.-Nr.: _____ Telefax-Nr.: _____

Postfach _____ PLZ _____ Ort _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Homepage _____ Emailadresse _____

eingetragen im Handelsregister: Stadt _____ am _____ Nr. _____

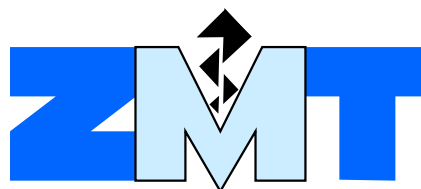
Wann wurde das Unternehmen gegründet? _____

Für Fachhandelsunternehmen, Dienstleister sowie Berater:

Wieviel % beträgt der Umsatz im Bereich Medizinprodukte? _____ %

Falls der Umsatz im Bereich Medizinprodukte weniger als 50 % des Gesamtumsatzes des Unternehmens ausmacht, beträgt er mindestens 1 Mio. Euro Ja ☐ Nein ☐

Wieviel Mitarbeiter sind für das Unternehmen tätig? _____



Seite Aufnahmeantrag 2

Für Hersteller/Lieferanten:

Liefern Sie ausschließlich über den MP-Fachhandel? Ja ☐ Nein ☐

Welche Produktgruppen liefern Sie direkt? _____

Wieviel % Ihres Gesamtumsatzes im Bereich Medizinprodukte in Deutschland werden über den Fachhandel geliefert? _____ %

Sind Sie konzernabhängig? Ja ☐ Nein ☐

Falls ja: Zu welchem Konzern gehören Sie? _____

Für alle Antragsteller:

Besteht eine Mitgliedschaft in weiteren Berufs-/Fachverbänden? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, in welchen? _____

Ich erkläre, dass ich bei Eintritt in die ZMT die mir vorliegende Satzung anerkenne und dass insbesondere die Forderungen des § 4 erfüllt sind bzw. beachtet werden.

Hinweise zum Datenschutz:

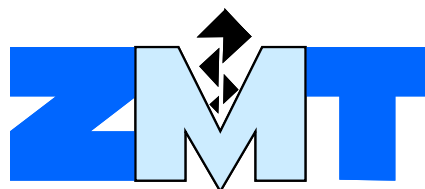
Die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten sind zur Abwicklung der Vertragsleistungen notwendig. Nach der DSGVO haben Sie das Recht auf:

- *Auskunft über die Verarbeitung Ihrer Daten*
- *Berichtigung oder Löschung Ihrer Daten*
- *Einschränkung der Verarbeitung (nur noch Speicherung möglich)*
- *Widerspruch gegen die Verarbeitung*
- *Widerruf Ihrer gegebenen Einwilligung mit Wirkung auf die Zukunft*

Ort und Datum

rechtsverbindliche Unterschrift

Firmenstempel



Selbsteinstufungsbogen zur Beitragserhebung

Der Jahresumsatz des Vorjahres mit Medizinprodukten meiner Firma entspricht der Beitragsgruppe: (bitte entsprechend ankreuzen)

☐ **Gruppe A: Umsatz bis 2,5 Mio. EURO**

Beitrag pro Quartal EURO 398,40

☐ **Gruppe B: Umsatz über 2,5 bis 5 Mio. EURO**

Beitrag pro Quartal EURO 558,80

☐ **Gruppe C: Umsatz über 5 bis 10 Mio. EURO**

Beitrag pro Quartal EURO 721,70

☐ **Gruppe D: Umsatz über 10 Mio. EURO**

Beitrag pro Quartal EURO 893,25

☐ **Gruppe E**

Bei Firmenzusammenschlüssen wird der Beitrag nach Zahl der Firmen und Umsatz bemessen.

Aufnahmegebühr

Aufnahmegebühr einmalig EURO 1.000,00

Ich wünsche Zahlung in ☐ einer Summe bei Eintritt

☐ 4 Quartalsjahres-Raten

(Datum / Unterschrift)

Firmenstempel