

Aufnahmeantrag

MEGRA ist eine Vereinigung von Fachleuten für regulatorische Angelegenheiten von Arzneimitteln, Medizinprodukten, Diagnostika und angrenzenden Fachgebieten. Sie fördert Personen, die im medizinisch-pharmazeutischen Bereich mit regulatorischen Angelegenheiten betraut sind, durch Ausbildung sowie spezifische Fort- und Weiterbildung, Verbreitung regulatorischen Basiswissens für die Länder Deutschland, Österreich und Schweiz sowie die EU und Verfestigung des Berufsbildes der Fachkraft für regulatorische Angelegenheiten.

Alle natürlichen Personen, die in der Pharmaindustrie, in Behörden oder anderen Organisationen regulatorische Angelegenheiten im Pharmabereich betreuen, können Mitglied werden.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt pro Kalenderjahr **€ 140.00** für aktive ordentliche Mitglieder und **€ 35.00** für passive Mitglieder (d.h. Personen, die bereits in Pension sind) sowie Mitglieder aus Behörden. Der Umrechnungskurs in Schweizer Franken wird jedes Jahr im Januar für das laufende Jahr festgelegt.

Die Mitgliedschaft tritt in Kraft, sobald der erste Jahresbeitrag bezahlt wurde, und ermöglicht die Teilnahme an **MEGRA-Veranstaltungen**. Die Mitgliedschaft kann jeweils bis spätestens 15.12. zum 31.12. eines jeden Jahres schriftlich gekündigt werden. Mitgliedschaften, die nicht fristgemäß schriftlich gekündigt werden, verlängern sich automatisch um ein weiteres Jahr. **Die Mitgliedschaft ist personenbezogen und nicht übertragbar. Für die fristgerechte Kündigung ist das Mitglied persönlich verantwortlich.**

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen:

Herr/Frau: _____ (Akad. Titel:) _____

Name: _____ Vorname(n): _____

Abteilung: _____

Institution/Firma: _____

Straße/Postfach: _____

Land: _____ Postleitzahl: _____ Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Privatadresse (Pflichtangabe): _____

Tel.: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Ich bin interessiert an der Mitarbeit im

- MEGRA-Informationsausschuss MEGRA-Fortbildungsausschuss

Ich möchte ins **MEGRA Mitgliederverzeichnis** aufgenommen werden JA NEIN

Falls JA mit meiner **Firmenschrift** mit meiner **Privatschrift**

Ich bitte um **Zusendung einer Rechnung** an meine **Firmenschrift** **Privatschrift.**

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular an:

MEGRA e.V.

Leopoldstr. 11A - D-80802 München

Fax: + 49-89-61 44 05 28 - Tel.: + 49-89-61 44 05 26

Email: office@megra.org