



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 natürliche Personen

Membership application form for natural persons

hiermit beantrage ich,

herewith I apply,

Titel

Title

.....

Vorname

First Name

.....

Familiennamen

Surname

.....

Private Anschrift/*Private address*

Dienstanschrift / *Work address*

Universität/Firma

University/Company

.....

Institut/Abteilung

Institute/Department

.....

Straße, Hausnummer

Street, number

.....

PLZ, Ort

ZIP-Code, City

.....

Geburtsdatum

Date of birth

.....

Telefon

Phone

.....

Fax

.....

E-Mail

.....

die Mitgliedschaft im German Stem Cell Network.

the membership in the German Stem Cell Network.

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

Ich bin **nicht** damit einverstanden, dass meine postalischen und elektronischen Kontaktdaten an andere Mitglieder weitergegeben werden.

I do not agree that my postal and electronic contact details were passed on to other members.

Bitte wenden/ Please turn page

Jahresbeitrag

Annual fee

- | | | |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | Vollmitglied
<i>Full member</i> | 120 €/Jahr
<i>120 €/year</i> |
| <input type="checkbox"/> | Juniormitglied*
<i>Junior member</i> | 40 €/Jahr (bis zu vier Geschäftsjahre)
<i>40 €/year (up to 4 years)</i> |

*Juniormitglieder müssen jährlich einen Nachweis des ausbildenden Instituts vorlegen.
Junior members have to submit a proof of status from their educational institute every year.

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

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

Fachgruppen

Working groups

Ich interessiere mich besonders für die Mitarbeit in folgenden Fachgruppen:

I 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
- Basic, translational, and applied hematopoiesis
- Stem cells in diseases (e.g. cancer stem cells)
- Stem cells in regenerative therapies
- Disease modeling and drug development
- Computational stem cell biology

Strategische Fachgruppen:

Strategic working groups:

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

Ort, Datum

Place, Date

Unterschrift

Signature

Um den Verwaltungsaufwand zu verringern, möchten wir Sie bitten, dem GSCN eine Lastschriftinzugsermächtigung zu erteilen. Bitte beachten Sie, dass das SEPA-Lastschriftmandat nur gültig ist, wenn Sie es per Post an das GSCN zurücksenden. *(To minimize the administrative effort, we would like to ask you, to issue a direct debit authorization to the GSCN. Please note that the direct debit authorization is only valid, if you send it by postal mail back to the GSCN.)*

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 (Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer)
(Direct debit for recurrent payments (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