Kontaktformular:

Akteur im Mannheim Medical Technology Cluster

**Unternehmensname**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Adresse**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Um welche Art der Niederlassung handelt es sich? Hauptsitz  Zweitstelle sonstiges

**Unternehmensbeschreibung**

Kurzbeschreibung Ihres Unternehmenszwecks für unsere Homepage.

Wann wurde Ihr Unternehmen gegründet?

Wie viele Beschäftigte hat Ihr Unternehmen?

**Ansprechpersonen (mind. 1)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name | Position im Unternehmen | Telefon | E-Mail |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Einverständnis**

Sind Sie damit einverstanden, dass Ihr Unternehmensname, die Kurzbeschreibung Ihres Unternehmens und Ihr Logo auf der Homepage des Clusters veröffentlicht werden?

ja nein

Sind Sie damit einverstanden, dass Ihr Unternehmensname, die Kurzbeschreibung Ihres Unternehmens und Ihr Logo auf der Präsentation des Mannheim Medical Technology Clusters, welches zur Vorstellung des Clusters bei Terminen dient, sichtbar ist?

ja nein

Bei Änderungen Ihres Logos, der Unternehmensbeschreibung oder bei Verlassen des Clusters, teilen Sie uns dies bitte mit.

Datum, Unterschrift