

1 · STARTUP & KONTAKT

* Pflichtfeld

Firmenname / Rechtsträger ***Gründungsjahr *****Teamgröße *****Straße / Hausnummer****PLZ / Ort / Land****Ansprechpartner:in *****Funktion****E-Mail *****Telefon****Website****UID-Nummer (falls vorhanden)****2 · UNTERNEHMENSPROFIL****Bereich ***☐

Digital Health

☐

MedTech

☐

Biotech

☐

Prävention

☐

Sonstiges

Unternehmensphase *☐

Idee

☐

MVP

☐

Pilot

☐

Markteintritt

☐

Wachstum

Produkt / Lösung - Kurzbeschreibung (max. 500 Zeichen) ***Welches Problem lösen Sie - und was ist Ihr besonderer Nutzen? *****Zielgruppe, Markt und Geschäftsmodell****Traktion / Evidenz (z. B. Nutzer:innen, Umsatz, Pilotprojekte, Studien)****Regulatorischer Status / Zertifizierungen (falls relevant)**

3 · FINANZIERUNG & ZIELE**Finanzierungsphase *** ☐ Bootstrapped ☐ Pre-Seed ☐ Seed ☐ Series A+ ☐ Sonstiges**Kapitalbedarf / geplante Runde****Bisherige Finanzierung****Ziele für die Teilnahme / gesuchte Kontakte****Gewünschte Formate** ☐ Pitch Session ☐ Investor Matchmaking ☐ Kooperationspartner**4 · STARTUP-AREA-PAKET****Kuratierte Teilnahme · 9 m² · EUR 1.990,-**

inkl. Startup Pitch Sessions, Website-Präsenz und Investor Matchmaking

Preise exkl. 20 % MwSt. und 1 % Vertragsgebühr. Zahlungsziel: 14 Tage ab Vertragsabschluss und Rechnungserhalt.

Die Teilnahme ist kuratiert; die Anmeldung begründet noch keinen Anspruch auf Zulassung.**5 · UNTERLAGEN & ZUSTIMMUNG****Bitte mitsenden (E-Mail oder Link):** ☐ Pitch Deck ☐ Logo (druckfähig) ☐ Produktbilder**Download-Link zu Unterlagen**

- ☐ Ich möchte die Rechnung per E-Mail erhalten.
- ☐ Ich akzeptiere die verbindlichen Geschäftsbedingungen für Aussteller und die genannten Zahlungsbedingungen. *
- ☐ Ich stimme der Verarbeitung und veranstaltungsbezogenen Weitergabe der angegebenen Daten zu. *

Mit der Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben und melde das oben genannte Startup verbindlich zur kuratierten Startup Area an. Änderungen und Ergänzungen bedürfen der Schriftform.

6 · VERBINDLICHE ANMELDUNG

Ort *	Datum *	Name der zeichnungsberechtigten Person *

Unterschrift / firmenmäßige Zeichnung ***Ausgefülltes Formular bitte an office@healthexpo-vienna.at senden.**