

Mitgliedsnr:

Guthabenkonto:

(wird von der Geschäftsstelle ausgefüllt)

Beitrittserklärung Beteiligungserklärung

(§§ 15, 15a und 15b GenG)

Name, Vorname, Titel	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>
Plz	<input type="text"/>
Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>
Status	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> angestellt
Beginn der Selbständigkeit/Niederlassung	<input type="text"/>
Telefon dienstlich	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur Ärztegenossenschaft Westfalen-Lippe eG.

Ich erkläre, dass ich mich mit weiteren, also mit insgesamt Geschäftsanteilen an der Genossenschaft beteilige.

Ich verpflichte mich, die nach Gesetz und Satzung geschuldeten Zahlungen auf den/die Geschäftsanteil(e) zu leisten .

Ich bin mit der Erhebung einer Beitrittsgebühr von 25,- € einverstanden und ermächtige die Genossenschaft, mein u.a. Konto entsprechend zu belasten.

Ich ermächtige die Genossenschaft den Geschäftsanteil in Höhe von Euro 200,00 folgendem Konto zu belasten:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	

Ich beauftrage die Genossenschaft, mir aus künftigen Dividendenabrechnungen zustehende Ansprüche (einschl. evtl. Steuerguthaben) meinem o.g. Konto gutzuschreiben.

Gegen die Veröffentlichung meines Namens, meiner Praxisanschrift sowie meiner Facharztanerkennung auf einer Seite der Ärztegenossenschaft im Internet habe ich keine Einwände.

Ort, Datum

Unterschrift Unterschrift Kontoinhaber

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Die Mitgliedschaft/Beteiligung zugelassen durch Vorstandsbeschluss am

Bitte füllen Sie die Beitrittserklärung am Bildschirm aus, drucken und unterschrieben per Post oder Fax an uns senden.

