GenoMed
Im Spitzhau 5
70771 Leinfelden
Telefon: 0711-758595-0
Fax: 0711-758595-29
Web: www.genomed.de
E-Mail: info@genomed.de
Ärztliche Genossenschaft für die Praxis und für medizinisch-technische Dienstleistungen e.G.

BEITRITTSERKLÄRUNG

§ 15, 15a, 15b GenG
zur Einreichung an die Geschäftsführung

Mitgliedsnummer: _____ (wird intern vergeben)

Titel: _____

Name: _____ Vorname: _____

Ärztin/Arzt für: _____ Geb.-datum: _____

Straße / Haus-Nr.: _____ Telefon: _____

PLZ / Ort: _____ Fax-Nr.: _____

Ich erkläre hiermit meinen **Beitritt** zu der Genossenschaft.

Ich erkläre, dass ich mich mit _____ **Geschäftsanteilen** an der Genossenschaft beteilige.

Ich verpflichte mich, die nach Gesetz und Satzung geschuldeten Einzahlungen auf den/die Geschäftsanteil(e) in Höhe von 5,00 € zu leisten und die zur Befriedigung der Gläubiger erforderlichen Nachschüsse bis zu der in der Satzung bestimmten Haftsumme von 5,00 € für jeden Geschäftsanteil nach Maßgabe des Gesetzes zu zahlen. Die pflichtgemäße Mindestbeteiligung beträgt 26 Geschäftsanteile zu je 5 Euro, jedoch empfehlen wir den Inhabern von medizinischen Praxen, mit der Beitrittserklärung den Antrag auf insgesamt 125 Anteile zu stellen. Die Satzung in ihrer gegenwärtig geltenden Fassung ist mir unter www.genomed.de/mitglied-werden.html zur Einsichtnahme und zum Ausdruck zur Verfügung gestellt worden.

_____ _____
Datum Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnr. DE07ZZZ00000401617 Mandatsref. _____

Ich ermächtige die GenoMed e.G., Im Spitzhau 5, 70771 Leinfelden-E. Zahlungen im Zusammenhang mit Lohnabrechnungen, Vermietungen, Warenlieferungen oder Anteilszeichnungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, Lastschriften der GenoMed e.G. einzulösen. 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.

.....
Kreditinstitut (Name)

....
Kontonummer Bankleitzahl

DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _____|__
IBAN BIC

_____ _____
Datum Unterschrift

Einverstanden mit Beitritt und Geschäftsanteilen: (von der Genossenschaft auszufüllen)

_____ _____ _____
Datum Der Vorstand

Vorstand: Dr. med. Boris Hartmann und Dr. med. Manfred Schmid
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. med. Joachim Deubner – GnR Stuttgart Nr. 521
Prüfungsverband:
Baden-Württembergischer Genossenschaftsverband e.V., Sitz: Karlsruhe
Deutsche Bank Stuttgart
IBAN DE87 6007 0024 0098 9343 00
BIC DEUTDEDBSTG
Gläubiger-ID DE07ZZZ00000401617