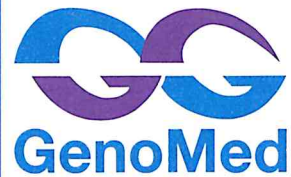


# BEITRITTSERKLÄRUNG

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



Im Spitzhau 5  
70771 Leinfelden  
Telefon: 0711-758595-0  
Fax: 0711-758595-29

Ärztliche Genossenschaft für die Praxis und für  
medizinisch-technische Dienstleistungen e.G.

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](http://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. Renate Wiesner-Bornstein 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 DEUTDE33  
Gläubiger-ID DE07ZZZ00000401617

Internet: [www.genomed.de](http://www.genomed.de)  
E-Mail: [info@genomed.de](mailto:info@genomed.de)