

... erfolgsorientierte Partnerschaft!



Beitrittserklärung

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

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

Name:

Vorname:

Titel:

Ärztin/Arzt für:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ Ort:

Telefon: Telefax:

E-Mail: @ Mitgliedsnummer:

(wird intern vergeben)

erklärt hiermit ihren/seinen Beitritt bzw. den Beitritt der Gemeinschaftspraxis und verpflichtet sich, die nach Gesetz und Satzung der Genossenschaft bestimmten Einzahlung auf den Geschäftsanteil zu erbringen (511,29 Euro) und der Genossenschaft die zur Befriedigung festgelegte Haftsumme nach Maßgabe des Gesetzes zu leisten. Die Organisationspauschale beträgt monatlich 17,00 Euro. Sie wird jährlich eingezogen.

.....
(Ort, Datum)

.....
(eigenhändige Unterschrift mit Vor- und Zunamen)

Die personenbezogenen Daten werden gemäß Datenschutzgesetz nur für die satzungsgemäßen Zwecke mittels EDV gespeichert.

Vorstand: Dr. W. D. Fiessler • Dr. J. Klinghammer
Dr. H. Knoop (Geschäftsf. Vorstand)
Dr. K.-P. Wisplinghoff

Geschäftsstelle:
Classen-Kappellmann-Str. 24
50931 Köln

Ärztliche Genossenschaft für die Praxis
und für med.-techn. Dienstleistungen e.G.
Amtsgericht Köln GnR 729

Aufsichtsrat: Dr. H.-J. Fröhlich • Dr. B. Jordan
Dr. St. Krehwinkel • Dr. E. Leißling
Dr. B. Stölzle (Vorsitzender)

Telefon: 0221 / 94 05 05 390
Telefax: 0221 / 94 05 05 391
www.genogyn-rheinland.de

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker- u. Ärztebank e.G.
Kto.-Nr. 0004315936 (BLZ 370 606 15)

Einzugsermächtigung

Hiermit bevollmächtige ich die GenoGyn Rheinland, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos

Bank BLZ Konto-Nr.

einziehen. Ich wünsche folgende Zahlungsweise (bitte ankreuzen):

- Einmalzahlung (511,29 Euro)
 Zwei Halbjahresteilzahlungen (je 255,65 Euro)
 Vier Vierteljahresteilzahlungen (je 127,82 Euro)

Gleichzeitig ermächtige ich die oben genannte Bank, mein Konto mit dem angeforderten Betrag zu belasten. Für entsprechende Deckung werde ich Sorge tragen. Die Erklärung gilt, solange sie nicht gegenüber GenoGyn schriftlich widerrufen wird.

.....
(Ort, Datum)

.....
(eigenhändige Unterschrift mit Vor- und Zunamen)

Stempel