

# Beitrittserklärung (nach §§ 15, 15 a und 15 b GenG)



Ärztenetz Vogtland eG

Ärztenetz Vogtland eG  
Seminarstraße 11  
08523 Plauen

Fax: 09292 943781  
Email: k.troeger@aerztenetz-vogtland.de

Mitglieds-Nummer: \_\_\_\_\_  
(wird von der Genossenschaft eingetragen)

## Hiermit erkläre ich,

\_\_\_\_\_  
(Titel) Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort, Straße und Hausnummer

Fachrichtung .....

LANR: .....

BSNR: .....

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

## meinen Beitritt zur Genossenschaft mit einem Geschäftsanteil zu 1.000 €

(Der Geschäftsanteil ist ein einmaliger Betrag. Rückerstattung bei Austritt. KEINE Nutzung des Betrages für laufende Ausgaben.)

Den Betrag werde ich nach Erhalt der Beitrittsbestätigung umgehend an das Ärztenetz Vogtland eG überweisen. Ansprüche aus der Genossenschaft (z.B. Dividenden, Auszahlungen) sind auf mein Bankkonto bei:

Name der Bank: \_\_\_\_\_

IBAN-Nr.: \_\_\_\_\_ SWIFT-BIC: \_\_\_\_\_ zu überweisen.  
( Kennung 4- Bankleitzahl 8- Kontonummer 10-stellig) (Kennung)

Ich verpflichte mich, die nach Gesetz und Satzung geschuldeten Einzahlungen auf den Geschäftsanteil zu leisten und die zur Befriedigung der Gläubiger erforderlichen Nachschüsse bis zu der in der Satzung bestimmten Haftsumme zu zahlen.

Mit Benachrichtigungen, Bekanntmachungen und sonstige Mitteilungen der Genossenschaft an mich per E-Mail bin ich einverstanden. Konto- und E-Mail-Adressen-Änderungen teile ich der Genossenschaft mit. Die Satzung der Genossenschaft in der aktuellen Fassung ist im Internet unter der Adresse der Genossenschaft [www.aerztenetz-vogtland.de](http://www.aerztenetz-vogtland.de) abrufbar. Auf Verlangen wird diese auch ausgehändigt.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Beitretende/r\* und Kontoinhaber/in bzw. gesetzl. Vertreter  
\*Eine Vollmacht zur Abgabe der Beitrittserklärung bedarf der Schriftform

\_\_\_\_\_  
Mitgliedschaft zugelassen am:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschriften des Vorstandes