



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

Ärztenetz Vogtland eG
Seminarstraße 11
08523 Plauen

Mitglieds-Nummer: _____
(wird vom Ärztenetz eingetragen)

Hiermit erkläre ich:

_____ geb. am: _____
Name und Vorname

Postleitzahl, Wohnort, Straße und Hausnummer

Fachrichtung

LANR:

BSNR:

_____ Tel.-Nr. _____
E-Mail-Adresse

meinen Beitritt zum Ärztenetz Vogtland eG 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. 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.

Ansprüche aus dem Ärztenetz Vogtland eG (z.B. Dividenden, Auszahlungen) sind auf mein Bankkonto bei der:
Name der Bank: _____

IBAN-Nr.: _____ BIC: _____ zu überweisen.

Mit Benachrichtigungen, Bekanntmachungen und sonstige Mitteilungen des Ärztenetzes an mich per E-Mail bin ich einverstanden. Konto- und E-Mail-Adressen-Änderungen teile ich dem Ärztenetz Vogtland mit. Die Satzung in der aktuellen Fassung ist im Internet unter der Adresse des Ärztenetzes Vogtland eG 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

Unterschrift des Vorstandes