Beitrittserklärung

Kardiologie-Plattform Hessen eG
Moischter Str. 1A
35085 Ebsdorfergrund

Gläubiger ID: DE47ZZZ00000620117

_____
Vollständiger Name

Private Anschrift: _____

_____

Praxisanschrift: _____

_____

Mobil-Nr.: _____

Telefon Praxis: _____

Geburtsdatum: _____

Email: _____

LAN: _____

BSNR: _____

EFN: _____

Facharztbezeichnung: _____

_____

Fax-Nr.Praxis:_____

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zu der Genossenschaft.
Ich versichere, dass ich die in § 3 Abs. 2 lit. a) i.V.m. § 3 Abs. 2 lit. d) der Satzung und die in der Aufnahmeordnung der Genossenschaft beschriebenen Voraussetzungen für die Mitgliedschaft erfülle und dass § 3 Abs. 2 lit. c) nicht zutrifft. Die aktuelle Satzung, Beitragsordnung und Mitglieder-AGB habe ich zur Kenntnis genommen und stimme diesen ausdrücklich zu. Die Mitgliedschaft wird erst nach Zulassung durch den Vorstand wirksam.
Ich verpflichte mich, die nach Gesetz und Satzung geschuldeten Einzahlungen auf den Geschäftsanteil in Höhe von EUR 500,- zu leisten und den Jahresbeitrag iHv. EUR 500,- (zzgl. MwSt) zu entrichten.

Ort: ..... Datum: .....

Unterschrift des Beitretenden: .....

Ich ermächtige die Genossenschaft, die Einzahlungen auf den Geschäftsanteil und die laufenden Beiträge von meinem folgenden Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Kardiologie-Plattform Hessen eG auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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. Dieses SEPA-Basis-Lastschriftmandat kann von mir jederzeit widerrufen werden.

IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | BIC: | | | | | | | | | | |

Bank: .....

Ort: ..... Datum: .....

Unterschrift des Beitretenden: .....

Angaben von personenbezogenen Daten werden bei der Kardiologie-Plattform Hessen eG abgelegt und gespeichert. Der Antragssteller erklärt sich hiermit einverstanden. Zudem wird er hiermit über sein Recht nach Auskunft, Löschung, Übertragbarkeit und Widerruf seiner Datenspeicherung informiert. Hierfür zuständige Personen können auf www.kardiologie-plattform-hessen.de kontaktiert werden.

Zulassung als Mitglied durch den Vorstand am: _____ i.V. R. Preiß .....