

# Antrag Praxismitgliedschaft

Firmierung inkl. Rechtsform und Anschrift der beitretenden medizinischen Einrichtung: (X)

Vertretungsberechtigte Person(en): (X)

Evtl. Registerangaben: (X)

Mitglieds-Nr.: (X)

Anzahl der Gesellschafter oder Mitglieder und leitend angestellte Berufsangehörigen: (X)

Geschäftsguthabenkonto-Nr.:

Name der Genossenschaft:

**Kardiologie-Plattform Hessen eG**

Moischer Str. 1A  
35085 Ebsdorfergrund  
Gläubiger ID: DE47ZZZ00000620117



Wir erklären hiermit unseren Beitritt zu der Genossenschaft.

Wir versichern, dass wir 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 erfüllen 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.

Wir verpflichten uns, die nach Gesetz und Satzung geschuldeten Einzahlungen auf die (X) ..... Geschäftsanteile den Betrag i.H.v. EUR (X) ..... zu leisten und die laufenden Jahresbeiträge gemäß der Beitragsordnung zu entrichten.

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

Unterschrift des/der Vertretungsberechtigten: .....

Wir ermächtigen die Genossenschaft, die Einzahlungen auf die Geschäftsanteile und die laufenden Beiträge von unserem folgenden Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Genossenschaft auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Dieses SEPA-Basis-Lastschriftmandat kann von uns jederzeit widerrufen werden.

IBAN:                      BIC:

Bank: .....

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

Unterschrift des/der Vertretungsberechtigten: .....

Mitgliedschaft vom Vorstand zugelassen am: (X).....

Geschäftsführung (Datum & Unterschrift): (X)..... , .....

Rote Felder und Linien sind vom Beitretenden auszufüllen.

**Anlage Gesellschafter oder Mitglieder und leitend angestellte Berufsangehörige** der  
Einrichtung zum Zeitpunkt dieser Erklärung (jeweils Vor- & Zuname, Geburtsdatum):

| Nr. | Titel, Vorname, Nachname, Facharztbezeichnung<br>Mobilnummer<br>Emailadresse<br>EFN |
|-----|---|
| 1   |   |
| 2   |   |
| 3   |   |
| 4   |   |
| 5   |   |
| 6   |   |
| 7   |   |
| 8   |   |
| 9   |   |
| 10  |   |