Übertragung des Geschäftsguthabens und gegebenenfalls
Beitrittserklärung/Beteiligungserklärung

Kardiologie-Plattform Hessen eG (KPH eG),
Moischter Str. 1A, 35085 Ebsdorfergrund

Gläubiger ID: DE47ZZZ00000620117

Vollständiger Name und Anschrift des/der **Übertragenden**	
Mitglieds-Nr. (X)	Geschäftsguthabenkonto-Nr.

Anschrift des **Erwerbers** (X)
a) Praxis
BSNR:

b) Privat

LANR:

Facharztbezeichnung:

E-Mail:

Mobilnummer:

Geburtsdatum:

Mitglieds-Nr. (X)	Geschäftsguthaben-konto-Nr.

1. Übertragende(r):

Ich übertrage) mein Geschäftsguthaben in Höhe von EUR 500,- an den Erwerber.

Ort, Datum: (X)_____

Unterschrift (X)_____

2. Erwerber: Ich bin mit der **Übertragung** des Geschäftsguthabens einverstanden.

Ich erkläre hiermit den **Beitritt** zur Kardiologie-Plattform Hessen eG (nachfolgend Genossenschaft). 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.

Mir ist zudem bekannt, dass die Satzung der Genossenschaft eine Kündigungsfrist von 12 Monaten zum Jahresende für die Mitgliedschaft und einzelne Anteile vorsieht.

Ich verpflichte mich, die laufenden Beiträge gemäß der Beitragsordnung zu entrichten. Die Zahlung des Geschäftsguthabens erfolgt direkt zwischen Erwerber (Käufer) und dem Übertragenden (Verkäufer).

Ich verpflichte mich, die nach Gesetz und Satzung geschuldeten Einzahlungen auf den / die Geschäftsanteil(e) zu leisten.

Ich ermächtige die Genossenschaft Einzahlungen auf Geschäftsanteile und laufende Beiträge von nachfolgendem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich das angegebene Kreditinstitut an, die Lastschriften der Genossenschaft einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Dieses SEPA-Basis-Lastschriftmandat kann von mir jederzeit widerrufen werden.

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

Bank: .....

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

Unterschriften des/der Vertretungsberechtigten: (X) .....

Bestätigung, dass der Erwerber mit insgesamt einem Geschäftsanteil an der Kardiologie-Plattform Hessen eG beteiligt ist.

Die Übertragung & ggfs. zusätzliche Zeichnung von Geschäftsanteilen wurde

vom Vorstand zugelassen am (X) .....
(Unterschrift Geschäftsführer)