

Beitrittserklärung/Beteiligungserklärung

(§§ 15, 15a und 15b GenG)

Gemeinschaftspraxis (**bitte 3. Seite ausfüllen**) Einzelpraxis Sonstige Organisationsform, z. B. MVZ

angestellte/r Ärztin/Arzt/Psychotherapeut/in seit: _____

niedergelassene/r Ärztin/Arzt/Psychotherapeut/in seit: _____

Titel, Name, Vorname

_____ geboren am: _____

LANR: _____ BSNR: _____ Fachgruppe: _____

Praxisadresse:

Telefon: _____ **Fax:** _____

Privatadresse:

E-Mail-Adresse:

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur Ärztegenossenschaft Nord eG (äg Nord).

Ich erkläre, dass ich mich mit _____ weiteren, also mit insgesamt _____ Geschäftsanteilen an der Genossenschaft beteilige.

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

Ich ermächtige die äg Nord, den Geschäftsanteil in Höhe von € 500,00 und ggf. das Eintrittsgeld in Höhe von € 150,00 von meinem

Konto (IBAN) _____ bei der _____

(BIC) _____ mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der äg Nord auf mein Konto gezogene Lastschrift (einmalige Zahlung) 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.

Mandatsreferenz: Ihre Mitgliedsnummer. Gläubiger-ID der äg Nord: DE74ZZZ00000323684.

Ich beauftrage die äg Nord mir aus künftigen Dividendenabrechnungen zustehende Ansprüche (inkl. evtl. Steuerguthaben) meinem o.g. Konto oder dem

Konto (IBAN) _____ bei der _____

(BIC) _____ gutzuschreiben.

Hiermit bestätige ich, dass ich die Satzung der Ärztegenossenschaft Nord eG zur Kenntnis genommen habe.

Mit meinem Beitritt zur Ärztegenossenschaft Nord eG bin ich mit der Zusendung des monatlichen äg Nord-Newsletters mit aktuellen Informationen aus der Ärztegenossenschaft an die oben angegebene E-Mail-Adresse einverstanden. Sie können den Erhalt unseres Newsletters jederzeit abbestellen. Einen Link für die Abbestellung finden Sie am Ende eines jeden Newsletters.

Ich erkläre meine Einwilligung,

dass meine Kontaktdaten zum Zwecke der Übermittlung von Informationen und der Angebotserstellung an die folgenden Tochterunternehmen der äg Nord gesendet werden: mediageno Verlags GmbH, Ärztedienstleistungs- GmbH & Co. KG und Q-Pharm AG.

dass meine Kontaktdaten zum Zwecke der Übermittlung von Informationen und der Angebotserstellung an Kooperationspartner der äg Nord gesendet werden. Ohne diese Information können Preisvorteile der Partner nicht genutzt werden.

Ihre Rechte

- Sie haben das Recht, Auskunft über die Sie betreffenden gespeicherten personenbezogenen Daten zu erhalten und die Berichtigung unrichtiger Daten zu verlangen.
- Unter bestimmten Voraussetzungen steht Ihnen zudem das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung, das Recht auf Datenübertragbarkeit sowie das Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung zu.
- Die Einwilligung zu den jeweiligen Datenverarbeitungszwecken ist freiwillig. Sofern Sie uns eine Einwilligung erteilt haben, können Sie diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitung personenbezogener Daten nicht berührt. Sie können die Einwilligung per Post an unsere Adresse Bahnhofstraße 1-3, 23795 Bad Segeberg oder durch eine E-Mail an kontakt@aegnord.de widerrufen.
- Sie haben außerdem das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gegen die Datenschutzgrundverordnung verstößt. Ihre zuständige Aufsichtsbehörde richtet sich nach dem Bundesland Ihres Wohnsitzes, Ihrer Arbeit oder des mutmaßlichen Verstoßes. Eine Liste der Aufsichtsbehörden für den nichtöffentlichen Bereich finden Sie unter https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften_Links/anschriften_links-node.html.de
- Bei Fragen können Sie sich gerne an unseren Datenschutzbeauftragten unter seiner E-Mail-Adresse datenschutz@aegnord.de wenden.

Ort, Datum

Unterschrift beitretendes Mitglied

Unterschrift des Kontoinhabers
falls dieser nicht das Mitglied ist

(Wird von der Geschäftsstelle ausgefüllt)

Mitgliedsnummer:

Geschäftsguthabenkonto:

Ich bin auf die Ärztegenossenschaft Nord eG aufmerksam geworden durch:

- Webseite
- Medien
- Suchmaschinen
- Empfehlungen
- Sonstiges

Meine Gründe für den Beitritt in die Genossenschaft sind:

Die Mitgliedschaft / Beteiligung zugelassen durch Vorstandsbeschluss am: _____

In Gemeinschaftspraxis mit:

Name _____

Anschrift (falls abweichend von Vorderseite) _____

Fachrichtung _____

BSNR: _____ LANR: _____

Name _____

Anschrift (falls abweichend von Vorderseite) _____

Fachrichtung _____

BSNR: _____ LANR: _____

Name _____

Anschrift (falls abweichend von Vorderseite) _____

Fachrichtung _____

BSNR: _____ LANR: _____

Name _____

Anschrift (falls abweichend von Vorderseite) _____

Fachrichtung _____

BSNR: _____ LANR: _____