

Beitrittserklärung / Beteiligungserklärung

(§§ 15, 15a und 15b GenG) - Stand: 01.2025

Natürliche Person

Personengesellschaften / juristische Person

Investierendes Mitglied

Allgemeine Mitgliederinformationen

Titel, Name, Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>
	LANR <input type="text"/> BSNR <input type="text"/>
Aufnahme der Tätigkeit	<input type="text"/>
Fachrichtung	<input type="text"/>

Angestellte*r Arzt / Psychotherapeut*in
Niedergelassene*r Arzt / Psychotherapeut*in
Einzelpraxis
Gemeinschaftspraxis
MVZ und andere Organisationsformen

Postzusendung an (Bitte beide Adressen angeben):

Praxisanschrift	Privatanschrift
Praxis <input type="text"/>	Name <input type="text"/>
Straße <input type="text"/>	Straße <input type="text"/>
PLZ / Ort <input type="text"/>	PLZ / Ort <input type="text"/>

SEPA-Bankeinzugsverfahren für Geschäftsanteil und Eintrittsgeld

Hiermit erteile ich die **Ermächtigung**, zu Lasten des folgenden Kontos, den Geschäftsanteil in Höhe von **500 €** und ggf. das Eintrittsgeld in Höhe von **150 €** durch SEPA-Lastschrift einzuziehen.

SEPA-Bankeinzugsverfahren für den Mitgliedsbeitrag

Hiermit erteile ich die **jederzeit widerrufliche Ermächtigung**, meinen Jahresbeitrag für die äg Nord bei Fälligkeit zu Lasten folgenden Kontos in Höhe von

480 €/Jahr (Natürliche Person / Personengesellschaften / juristische Person)

120 €/Jahr (Investierendes Mitglied)

bei der <input type="text"/>	(Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts)
IBAN <input type="text"/>	BIC CODE <input type="text"/>

durch SEPA-Lastschrift einzuziehen. Es erfolgt eine separate Rechnung.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der äg Nord auf mein Konto gezogene 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.

Zahlung per Rechnung nach Erhalt

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift beitretendes Mitglied

.....
Unterschrift des Kontoinhabers
(falls dieser nicht das Mitglied ist)

Beitrittserklärung / Beteiligungserklärung

(§§ 15, 15a und 15b GenG)

Hiermit bestätige ich,

dass ich die Satzung der Ärztegenossenschaft Nord eG gelesen und alle Rechte und Pflichten zur Kenntnis genommen habe. (QR-Code weiter unten, Homepage)

dass ich mit meinem Beitritt zur Ärztegenossenschaft Nord eG mit der Zusendung des monatlichen äg Nord-Newsletters mit aktuellen Informationen aus der Ärztegenossenschaft an die angegebene E-Mail-Adresse einverstanden bin. (Der Erhalt unseres Newsletters kann jederzeit abbestellt werden. Einen Link für die Abbestellung finden Sie am Ende eines jeden Newsletters.)

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

Datenschutz



Genderkodex



Satzung



Für Fragen und weitere Informationen zum Datenschutz wenden Sie sich gerne an unseren Datenschutzbeauftragten unter der **E-Mail-Adresse: datenschutz@aegnord.de**

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift beitretendes Mitglied

Arztstempel

Wird von der äg Nord ausgefüllt

Mitgliedsnummer

Geschäftsguthabenkonto

.....
Unterschrift Geschäftsführung

Ärztegenossenschaft Nord eG

Bahnhofstr. 1-3, 23795 Bad Segeberg

Tel: 0 45 51- 99 99 0

Fax: 0 45 51- 99 99 19

E-Mail: aerztegenossenschaft@aegnord.de

aegnord.de



Zertifizierte
Qualität