

## Übernahmeerklärung / Übergabeerklärung

(§ 76 GenG) und gegebenenfalls (§§ 15, 15a und 15b GenG)

### Auszustellen vom Übernehmenden

- Gemeinschaftspraxis (**Bitte 3. Seite ausfüllen**)
- Einzelpraxis
- Sonstige Organisationsform, z. B. MVZ
- niedergelassene/r Ärztin/Arzt seit: \_\_\_\_\_
- angestellte/r Ärztin/Arzt seit: \_\_\_\_\_

Bahnhofstraße 1-3  
23795 Bad Segeberg

Arztstempel

### Titel, Name, Vorname

\_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_ Fachgruppe: \_\_\_\_\_

### Praxisadresse:

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### Privatadresse:

\_\_\_\_\_

### E-Mail-Adresse:

\_\_\_\_\_

- Ich erkläre hiermit die Übernahme des /der Genossenschaftsanteils -(e) von Frau / Herrn

\_\_\_\_\_ bei der Ärztegenossenschaft Nord eG ab Datum: \_\_\_\_\_

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 erkläre hiermit meinen Beitritt zur Ärztegenossenschaft Nord eG (äg Nord).
- Ich beauftrage die äg Nord, mir aus künftigen Dividendenabrechnungen zustehende Ansprüche (einschl. evtl. Steuerguthaben) meinem 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 jedes Newsletters.)

### **Ich erkläre meine Einwilligung,**

- 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 ÄGN 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. Die Einwilligung kann durch eine E-Mail an [kontakt@aegnord.de](mailto:kontakt@aegnord.de) widerrufen werden.
- 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 Datenschutz-Grundverordnung 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](https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften_Links/anschriften_links-node.html)
- Bei Fragen können Sie sich gerne an unseren Datenschutzbeauftragten unter seiner E-Mail-Adresse [datenschutz@aegnord.de](mailto: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:

**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: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Anschrift (falls abweichend von Vorderseite) \_\_\_\_\_

Fachrichtung \_\_\_\_\_

BSNR: \_\_\_\_\_ LANR: \_\_\_\_\_

**Auszustellen vom Übergebenden**

(Wird von der Geschäftsstelle ausgefüllt) <u>Mitgliedsnummer:</u>  <u>Geschäftsguthabenkonto:</u>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift:

\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Ich erkläre hiermit die Übergabe meines -(r) Genossenschaftsanteils -(e) auf

Frau / Herrn \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift übergebendes Mitglied

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Übernehmender

Übergabe / Übernahme zugelassen durch Vorstandsbeschluss am \_\_\_\_\_