

**Beitrittserklärung**  
(§§ 15, 15a und 15b GenG)

**MPN Hausarzt MVZ eG**

|                                 |                                                    |
|---------------------------------|----------------------------------------------------|
| Titel, Name: _____              | <input type="checkbox"/> Angestellte/r Ärzt*in     |
| Vorname: _____                  | <input type="checkbox"/> Niedergelassene/r Ärzt*in |
| Geburtsdatum: _____             | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis              |
| Fachrichtung: _____             | <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis       |
| E-Mail-Adresse: _____           | <input type="checkbox"/> MVZ                       |
| Telefon-/Fax-Nr.: _____ / _____ | <input type="checkbox"/> Andere Organisationsform  |
| LANR / BSNR: _____ / _____      |                                                    |

Privatanschrift: ☐

Praxisanschrift ☐

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Ort: \_\_\_\_\_

*Bitte beide Anschriften angeben und ankreuzen, welche die Postanschrift sein soll.*

- ☐ Ich verpflichte mich, die nach Gesetz und Satzung geschuldeten Zahlungen des/der Geschäftsanteile(s) zu leisten, die ggf. zur Befriedigung der Gläubiger bis zu der in der Satzung bestimmten Haftsumme eingesetzt werden können.
- ☐ Ich ermächtige die Genossenschaft, den Geschäftsanteil in Höhe von Euro 3.000,00 von meinem Konto (IBAN) \_\_\_\_\_ bei der \_\_\_\_\_ (BIC) \_\_\_\_\_ mittels Lastschrift einzuziehen.

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

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Hiermit bestätige ich,**

- ☐ dass ich die Satzung der MPN Hausarzt MVZ eG zur Kenntnis genommen habe.
- ☐ dass meine Kontaktdaten zum Zweck der Übermittlung von Informationen genutzt werden dürfen.

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** \_\_\_\_\_

**Arztstempel:**