

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.

Anzahl Anteile: ____ (maximal 5 Anteile können gezeichnet werden).

Hinweis: Nach Beschluss der Mitgliedschaft durch den Vorstand erhalten Sie eine Mitgliedsbestätigung und Rechnung für die gekauften Geschäftsanteile.

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: