

MMVZ DerArzt
Verwaltungsgenossenschaft eG
Im Zollhafen 24
D-50678 Köln
E-Mail: kontakt@mvzderarzt.com
Web: mvzderarzt.com
Tel: +49 221 650 488 4620
Fax: +49 221 650 488 4615



BEITRITTSERKLÄRUNG / BETEILIGUNGSERKLÄRUNG investierendes Mitglied

(§§ 15, 15a und 15b GenG i.V.m. §§ 3 u. 36 der Satzung)

Mitglieds-Nr.

PERSÖNLICHEANGABEN

Name, Vorname

Telefon

Straße Hausnummer

Mobil

Adresszusatz

E-Mail

Postleitzahl Ort

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt als investierendes Mitglied zu der MVZ Der Arzt Verwaltungsgenossenschaft eG.

Die Die Satzung in ihrer gegenwärtigen Fassung ist im Internet unter der Adresse der Genossenschaft <https://www.mvzderarzt.com/> abrufbar Auf Verlangen wird diese auch ausgehändigt.

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

Ich verpflichte mich, die nach Gesetz und Satzung geschuldeten Einzahlungen auf den / die Geschäftsanteil(e) zu leisten.

Bankverbindung der MVZ Der Arzt Verwaltungsgenossenschaft eG.

Bank: Commerzbank AG

IBAN : DE36 8704 0000 0436 6688 00BIC: COBADEFXXX

Allgemeiner Datenschutzhinweis

Alle zur Begründung, Durchführung oder Beendigung der Mitgliedschaft erforderlichen Daten (insb. auch personenbezogene Daten wie Name, Adress- und Kontaktdaten) werden bei Genossenschaft soweit erforderlich und im Rahmen des Bundesdatenschutzgesetzes zulässig, zu diesen Zwecken erhoben, elektronisch gespeichert, verarbeitet und genutzt.

Die erhobenen Daten werden vertraulich behandelt.

Ort und Datum

Unterschrift(en)

Sollte der/die Beitretende/das **Mitglied minderjährig** sein, stimme ich seiner Beitritts-/Beteiligungserklärung hiermit zu.

Ort und Datum

gesetzlicher Vertreter

Ich beauftrage die Genossenschaft, mir aus künftigen Zins- und / oder Dividendenabrechnungen zustehende Ansprüche folgendem Konto bei (Kreditinstitut) gutzuschreiben.

IBAN

BIC

Ort und Datum

Unterschrift des Beitretenden/Mitglieds

Zuständiges Finanzamt:.....

ID-Nummer:

Für evtl. künftigen Zins- und / oder Dividendenzahlungen ermächtige ich die Genossenschaft zur Kirchensteuerabfrage beim BZSt und der Meldung nach § 45d EStG.

Angaben zum **Kontoinhaber**, sofern dieser **abweichend von Beitretendem/Mitglied**

Name und Vorname des Kontoinhabers

Unterschrift des Kontoinhabers

WIDERRUFSBELEHRUNG

Widerrufsrecht

Sie haben das Recht, binnen vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen.

Die Widerrufsfrist beträgt vierzehn Tage ab dem Tag, an dem Sie die „BESTÄTIGUNG BEITRITTSERKLÄRUNG / BETEILIGUNGSERKLÄRUNG (§§ 15, 15a und 15b GenG)“ zu Ihrer Mitgliedschaft in der MVZ Der Arzt Verwaltungsgenossenschaft eG.

Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie uns (MVZ Der Arzt Verwaltungsgenossenschaft eG mittels einer eindeutigen Erklärung (z.B. ein mit der Post versandter Brief, Telefax oder E-Mail) über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren. Folgen des Widerrufs: Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen, wird die Mitgliedschaft nach den Grundsätzen des fehlerhaften Gesellschaftsbeitritts mit Wirkung für die Zukunft beendet. Sollten Sie zum Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft Ihre Einlage noch nicht erbracht haben, würde die Zahlungsverpflichtung mit Widerruf entfallen. Sollten Sie zu diesem Zeitpunkt Ihre Einlage schon erbracht haben, steht Ihnen stattdessen ein Anspruch auf Zahlung des Ihnen im Zeitpunkt der Beendigung Ihrer Mitgliedschaft zustehenden Auseinandersetzungsguthabens zu. Ist in letzterem Fall die Handelsbilanz der MVZ Der Arzt Verwaltungsgenossenschaft eG negativ, kann sich unter Umständen auch eine Verpflichtung Ihrerseits zum Verlustausgleich ergeben. Ende der Widerrufsbelehrung Ich/wir bestätige(n) hiermit, eine Abschrift der Beitrittserklärung mit dieser Widerrufsbelehrung erhalten zu haben.

Unterschrift des Genossenschaftsmitglieds zur Widerrufsbelehrung

Ort und Datum

Unterschrift(en)

BITTE SENDEN SIE UNS DIESES FORMULAR unterschrieben PER POST ZURÜCK!

Mitgliedschaft als investierendes Mitglied / Beteiligung mit weiteren GA wurde zugelassen

am:.....
(wird von der Genossenschaft ausgefüllt)

MVZ Der Arzt Verwaltungsgenossenschaft eG
- Vorstand-

Aufsichtsratsvorsitzender

.....

.....

.....