



bkipp

BVDN

Genossenschaft

Neuromedizin Hessen eG

der Neurologen, Psychiater, Kinder- und Jugendpsychiater

Beitrittserklärung zur Genossenschaft Neuromedizin Hessen eG (§§ 15, 15a, 15b GenG)

Name, Vorname

Titel, Geburtsdatum

Privatanschrift Straße

Postleitzahl u. Ort

Telefon, Telefax

E-Mail-Adresse

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur „Genossenschaft Neuromedizin Hessen eG“. Die Satzung in der gegenwärtigen Fassung wurde mir ausgehändigt oder anderweitig zur Verfügung gestellt und ist auf der Internetseite des BVDN Hessen einsehbar. Nach Annahme des Beitritts durch die Genossenschaft wird ein gegenseitiger Partnervertrag abgeschlossen.

Ich erkläre, dass ich als Vertragsarzt der KV-Hessen zugelassen bin mit folgender Facharztbezeichnung: _____

Ich erkläre, dass ich mich neben dem ersten Geschäftsanteil in Höhe von 350 Euro mit weiteren, also mit insgesamt Geschäftsanteilen, an der Genossenschaft beteilige.

Ich verpflichte mich, die nach Gesetz, Satzung und Beschluss der Gründungsversammlung festgesetzten Beträge für den/die Geschäftsanteil/e und das Eintrittsgeld sowie den Jahresbeitrag für die laufenden Kosten gemäß § 12 der Satzung zu zahlen.

Ich ermächtige die Genossenschaft widerruflich, die geschuldeten Beträge von meinem Konto einzuziehen (Geschäftsanteil/e €, Eintrittsgeld €, Jahresbeitrag € insgesamt in Höhe von €)

Kontonummer

Bank, Bankleitzahl

Kontoinhaber

Ort, Datum

Unterschrift der/des Beitretenden