

**... erfolgsorientierte Partnerschaft!**



## "Seniorpartnerschaft"

§ 15, 15a, 15b GenG zur Einreichung an die Geschäftsführung der  
**GenoGyn Rheinland – Ärztliche Genossenschaft für die Praxis und für medizinisch-technische Dienstleistungen e.G.**

Name: .....

Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Arzt/Ärztin für: ..... Titel: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ Ort: .....

Telefon: ..... Telefax: .....

Mobil: ..... Homepage: .....

E-Mail: ..... @ .....

erklärt hiermit ihren/seinen Beitritt als "Seniorpartner".

"Seniorpartner" erhalten den Newsletter, alle Einladungen und sämtliche anderen Informationen von und über GenoGyn. Außerdem können sie weiterhin bei allen Einkaufspartnern die GenoGyn-Preise nutzen. Bei Veranstaltungen zahlen sie den um 50% ermäßigten Preis der GenoGyn-Mitglieder. Die Organisationspauschale beträgt Euro 50,00 pro Jahr. Sie wird jährlich eingezogen.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift)

Mitgliedsnummer:  
(wird intern vergeben)

Die personenbezogenen Daten werden gemäß Datenschutzgesetz nur für die satzungsgemäßen Zwecke mittels EDV gespeichert.

Vorstand: Dr. J. Klinghammer (Geschäftsf. Vorstand)  
Dr. E. Leißling • Dr. K.-P. Wisplinghoff  
Prof. F. Wolff

Geschäftsstelle:  
Horbeller Str. 18 - 20  
50858 Köln

Ärztliche Genossenschaft für die Praxis  
und für med.-techn. Dienstleistungen e.G.  
Amtsgericht Köln GnR 729

Aufsichtsrat: Dr. St. Eckelmann • Dr. H. J. Fröhlich  
Dr. St. Krehwinkel  
Dr. F. Wisplinghoff (Vorsitzender)

Telefon: 0221 / 94 05 05 390  
Telefax: 0221 / 94 05 05 391  
www.genogyn-rheinland.de

Bankverbindung:  
Deutsche Apotheker- u. Ärztekammer e.G.  
IBAN: DE94 3006 0601 0004 3159 36

## SEPA-Lastschriftmandat (CI: DE61ZZZ00000540713)

Ich ermächtige die GenoGyn Rheinland, die von mir zu entrichtenden Zahlungen von 50,00 Euro pro Jahr bei Fälligkeit mittels Lastschrift von meinem Konto

Kreditinstitut: ..... IBAN: DE \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_  
einzuziehen.

Ich weise mein Kreditinstitut an, die von der GenoGyn Rheinland auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(eigenhändige Unterschrift mit Vor- und Zunamen)

Stempel