|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | GenoGyn Rheinland  c/o Frielingsdorf Consult GmbH  Hohenstaufenring 48 – 54  50674 Köln | **GenoGyn Rheinland**  Ärztliche Genossenschaft für die Praxis und für medizinische Dienstleistungen eG  Hohenstaufenring 48 – 54  50674 Köln  Tel.: 0221-13 98 36-52  Fax: 0221-13 98 36-65  [geschaeftsstelle@genogyn-rheinland.de](mailto:geschaeftsstelle@genogyn-rheinland.de)  [www.GenoGyn.de](http://www.GenoGyn.de) | |  |  | |

**Antrag auf Mitgliedschaft in der GenoGyn Rheinland eG**

O Einzelpraxis O Gemeinschaftspraxis O MVZ O ÜBAG O Praxisgemeinschaft

Hauptansprechpartner Titel Vorname Name E-Mail-Adresse

Name der Praxis/Gemeinschaftspraxis Anzahl Gynäkolog\*innen (in GP/ÜBAG/MVZ)

PLZ-Ort, Straße und Hausnummer (Praxis)

Telefon (Praxis) Fax (Praxis)

Mobiltelefon geheime Durchwahl (Praxis)

Praxis-Homepage

BSNR

Hiermit beteilige ich mich mit einem Geschäftsanteil an der GenoGyn Rheinland e.G. Die Satzung erkenne ich für mich verbindlich an. Ein Exemplar wurde mir ausgehändigt. Ich verpflichte mich, die nach Gesetz und Satzung geschuldeten Einzahlungen hierauf zu leisten. Mir ist bekannt, dass über meinen Mitgliedsantrag durch den Vorstand der Genossenschaft entschieden wird. Über die Aufnahme erhalte ich einen Bescheid. Ich stimme der Speicherung meiner Daten zu.

Ich ermächtige die GenoGyn Rheinland eG zum Einzug des einmaligen Genossenschaftsanteils in Höhe von 511,29 ,- EUR und zum widerruflichen Einzug gemäß den in der Generalversammlung beschlossenen Mitgliedsbeiträgen von 204,-EUR/Jahr zu Lasten des angegebenen Kontos durch SEPA-Lastschrift.

|  |
| --- |
| IBAN: |
| BIC: Kreditinstitut: |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum und Unterschrift Praxisstempel