

## Beitrittserklärung / Beteiligungserklärung

(§§ 15, 15a und 15b GenG)

Name:

Vorname:

Straße:

Postleitzahl und Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

Telefax:

E-Mail-Adresse: Privat:

Geschäftlich:

(wird von der Geschäftsstelle ausgefüllt)

**Mitgliedsnummer:**

**Geschäftsguthabenkonto:**

**BSNR:**

**LANR:**

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur Medizinischen Qualitätsgemeinschaft Rendsburg eG (MQReG).

Ich erkläre, dass ich mich mit \_\_\_\_\_ weiteren, also insgesamt \_\_\_\_\_ Geschäftsanteilen an der Genossenschaft beteilige.

Ich verpflichte mich, die nach Gesetz und Satzung geschuldeten Zahlungen auf den / die Geschäftsanteil(e) zu leisten und die zur Befriedigung der Gläubiger erforderlichen Nachschüsse bis zu der in der Satzung bestimmten Haftsumme zu zahlen.

Ich verpflichte mich, den Geschäftsanteil in Höhe von 1000,00 € sowie das Eintrittsgeld in Höhe von 60,00€ auf das Konto der MQReG einzuzahlen:

Sparkasse Mittelholstein AG , IBAN: DE83 2145 0000 0000 0376 62

BIC: NOLADE21RDB.

Ich beauftrage die MQReG, mir aus künftigen Dividendenabrechnungen zustehende Ansprüche (einschließlich evtl. Steuerguthaben) auf mein Konto

IBAN: \_\_\_\_\_ bei der \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_ gutzuschreiben.

- Gegen die Veröffentlichung meines Namens, meiner Praxisanschrift sowie meiner Facharztanerkennung auf der Homepage der MQReG habe ich keine Einwände.
- Hiermit bestätige ich, dass ich die Satzung der MQReG erhalten habe.
- Ich möchte den Newsletter der MQReG auf oben angegebenes E-Mail-Konto erhalten. Die Einwilligung kann ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen durch einen Hinweis an [info@mqr.de](mailto:info@mqr.de) widerrufen.

---

Ort, Datum                      Unterschrift beitretendes Mitglied                      Unterschrift des Kontoinhabers, falls dieser nicht das Mitglied ist

---

Die Mitgliedschaft / Beteiligung zugelassen durch Vorstandsbeschluss am: \_\_\_\_\_

## In Gemeinschaftspraxis mit:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift (falls abweichend von der Vorderseite): \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

BSNR: \_\_\_\_\_ LANR: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift (falls abweichend von der Vorderseite): \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

BSNR: \_\_\_\_\_ LANR: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift (falls abweichend von der Vorderseite): \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

BSNR: \_\_\_\_\_ LANR: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift (falls abweichend von der Vorderseite): \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

BSNR: \_\_\_\_\_ LANR: \_\_\_\_\_

---

Praxisstempel