

wird von der DermaMed ausgefüllt!

<b>Mitgliedsnummer:</b>

c/o med info GmbH  
Hainenbachstr. 25  
89522 Heidenheim  
Telefon: 07321 949919  
Telefax: 07321 949819  
E-Mail: info@med-info-GmbH.de

Vollständiger Name und Anschrift des Antragstellers	Geburtsdatum des Antragstellers
Name, Vorname:	Geburtsdatum: _____ (tt.mm.jjjj)
Straße; Haus-Nr.:	E-Mail-Adresse: _____
PLZ; Ort:	

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt bei der DermaMed eG gemäß §§ 15 und 15a GenG!

Ich erkläre, dass ich mich mit \_\_\_\_\_ Geschäftsanteil(en) bei der DermaMed eG beteilige.

[Jedes Mitglied der DermaMed eG. kann gemäß § 37 der Satzung zwischen einem und zehn Geschäftsanteile (zu je 50,- Euro) zeichnen].

Ich erkläre, dass mir die Satzung der DermaMed eG vor Abgabe dieser Erklärung zur Verfügung gestellt wurde und ich diese zur Kenntnis genommen habe.

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

Ich verpflichte mich die nach Gesetz und Satzung fälligen Einzahlungen per Überweisung auf das Konto der DermaMed eG zu leisten.

[Die DermaMed eG teilt ihre Bankverbindung in einem gesonderten Bestätigungsschreiben anlässlich eines Beitritts dem Mitglied persönlich mit. Die Verpflichtung zur Einzahlung gilt auch bei evtl. Änderungen der Bankverbindungen der DermaMed eG entsprechend!]

Ort, Datum

Beitretende(r)

Zustimmung durch den Vorstand