



Beitrittserklärung für Institutionen

Wir erklären hiermit unseren Beitritt zu der Genossenschaft arriba eG

Name Institution

Zusatz

Nachname, Vorname Ansprechpartner

Postleitzahl, Ort

Straße, Hausnummer

Telefon-Nummer

E-Mail-Adresse

Fax

Eine Ausfertigung der Satzung der Genossenschaft in der gegenwärtig geltenden Fassung wurde uns zur Verfügung gestellt.

Wir beteiligen uns mit _____ *Geschäftsanteilen (in Worten: _____)
à 175,00 € an der Genossenschaft.

* (Mitglieder, die Ärzte in Weiterbildung sind oder in Teilzeit beschäftigt, zeichnen einen Geschäftsanteil oder mehrere. Alle übrigen Mitglieder zeichnen **mindestens zwei Geschäftsanteile**. Über Ihren Beitritt beschließt der Vorstand der Genossenschaft. Sie erhalten darüber einen schriftlichen Bescheid mit Angabe der fälligen Einzahlung.)

Wir verpflichten uns, die nach Gesetz und Satzung geschuldeten Einzahlungen auf den/die Geschäftsanteil/e zu leisten, und die laut Satzung entstehenden weiteren Zahlungspflichten zu erfüllen. Pro teilnehmendem Arzt wird ein jährlicher Beitrag fällig. Die Institution/das Arztnetz vertritt _____ teilnehmende Ärzte.

Eine Liste der teilnehmenden Ärzte mit Kontaktdaten (Name, Anschrift, E-Mail-Adresse) wird der Genossenschaft bereitgestellt.

Ort, Datum

Unterschrift des ges. Vertreters der Institution

arriba eG
c/o Abteilung Allgemeinmedizin
Karl-von-Frisch-Str. 4
35043 Marburg

Prof. Dr. Christoph Heintze
Vorstandsvorsitzender
Amtsgericht Marburg GnR 341

Tel. +49-381-20270394
geschaeftsstelle@arriba-
genossenschaft.de
www.arriba-genossenschaft.de



SEPA Lastschriftmandat

Gläubiger ID arriba eG: DE03ZZZ00002062135

Mandatsreferenz: Wird separat mitgeteilt!

1. zum einmaligen Einzug der Geschäftsanteile

Wir ermächtigen die arriba eG, **einmalig** eine Zahlung in Höhe der erworbenen Anteile von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der arriba eG auf unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

2. zum jährlichen Mitgliedsbeitrag

Wir ermächtigen die arriba eG, Zahlungen von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der arriba eG auf unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweise: Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor dem Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird uns die arriba eG über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten und uns unsere Mandatsreferenznummer mitteilen.

Kontoinhaber

Institution o. Vorname, Nachname

Zusatz

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Kreditinstitut:	
IBAN:	DE

Ort, Datum

Unterschrift des ges. Vertreters der Institution