

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur ägnw eG Ärztegenossenschaft Niedersachsen • Bremen. Ich erkläre, dass ich mich mit _____ weiteren, also mit insgesamt _____ Geschäftsanteilen an der Genossenschaft beteilige.

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

Gegen die Veröffentlichung meines Namens, meiner Praxisanschrift sowie ggf. meiner Fachanerkennung auf einer Seite der Ärztegenossenschaft im Internet und gegen die Mitteilung der Mitgliedschaft gegenüber den Handelspartnern habe ich keine Einwände (genauer entnehmen Sie den Datenschutzhinweisen).

Titel, Name und Vorname	Fachbereich
Geb.-Datum	Einzelpraxis / Gemeinschaftspraxis / Krankenhaus
Adresse, dienstlich	Telefon dienstlich
E-Mail (wichtig!)	Fax dienstlich
Adresse, privat	Telefon privat
Kontonummer / IBAN	Bankleitzahl / BIC
Bank	Kassenarzt seit:
LANr. (Lebenslange Arztnummer)	BSNr. (Betriebsstättennummer)

Ich bin approbierte/r Mediziner/in Hiermit ermächtige ich die ägnw eG Ärztegenossenschaft Niedersachsen • Bremen zum Einzug des Geschäftsanteils (€ 500.-) bzw. der o.g. Geschäftsanteile plus 100,00 € Eintrittsgeld sowie der Bearbeitungsgebühr von 50,00 € zzgl. 19% MwSt. sowie den jährlichen Mitgliedsbeitrag (einmal jährlich) und sonstige satzungsgemäße Zahlungen vom o.a. Konto per Lastschrift einzuziehen. Ich beauftrage die Genossenschaft mir aus künftigen Dividendenabrechnungen zustehende Ansprüche (einschl. evtl. Steuerguthaben) dem o.a. Konto gutzuschreiben.

Ich bin Student/in der Medizin, Psychologie oder Zahnmedizin in Niedersachsen und nach § 12 Absatz i und Absatz j vom Mitgliedsbeitrag befreit. Ich ermächtige die ägnw eG Ärztegenossenschaft Niedersachsen • Bremen, die fällige Einzahlung auf den Geschäftsanteil in Höhe von 50 EUR vom o.a. Konto per Lastschrift einzuziehen. Ein Jahr nach Erlangung der Approbation wird der restliche Anteil in Höhe von 450,00 € sowie das Eintrittsgeld in Höhe von 100,00 € fällig. Ab diesem Zeitpunkt gelten die Rechte und Pflichten der approbierten Mediziner/in. Die Ermächtigung zum Einzug der fälligen Anteile, Beiträge und Gebühren wird hiermit erteilt. Ich werde die ägnw eG über die Erlangung der Approbation unverzüglich informieren.

Datenschutz: Die Datenerhebung und Datenverarbeitung ist für die Durchführung des Vertrags erforderlich und beruht auf Artikel 6 Abs. 1 b) DSGVO. Eine Weitergabe der Daten an Dritte findet nicht statt. Die Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck ihrer Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der Bearbeitung von Anfragen, Bestellungen und Anmeldungen verarbeitet und gespeichert, unter Beachtung der geltenden Datenschutzverordnung. Sie haben das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten. Sie können sich für eine Auskunft jederzeit an unseren Datenschutzbeauftragten oder an uns direkt wenden. Ferner haben Sie ein Recht auf Berichtigung oder Löschung oder auf Einschränkung der Verarbeitung, soweit Ihnen dies gesetzlich zusteht. Ferner haben Sie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben. Gleiches gilt für ein Recht auf Datenübertragbarkeit. Nehmen Sie gern per E-Mail Kontakt mit uns über datenschutz@aegnw.de auf oder senden Sie uns Ihr Anliegen per Post oder Fax. Bei den weiteren, von Ihnen freiwillig gemachten Angaben gehen wir im Falle eines Personenbezuges davon aus, dass die Verarbeitung in Ihrem Interesse (Art. 6 Abs. 1 lit. f) DSGVO) erfolgt. Unser Interesse ist es dabei, unsere Leistungen in vertragskonformer Weise zu erbringen. Sofern wir Ihre personenbezogenen Daten auf Basis einer Einwilligung verarbeiten, haben Sie das Recht, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird. Wir geben Ihre personenbezogenen Daten einschließlich Ihrer Lieferadresse-Adresse, Telefon- & Faxnummer und E-Mail-Adresse nicht ohne Ihre ausdrückliche und jederzeit widerrufliche Einwilligung an Dritte weiter. Ausgenommen hiervon sind unsere Dienstleistungspartner (Fachreferenten, Mitveranstalter, Kammern und sonstigen für Fortbildung zuständige Einrichtungen) und Tochterunternehmen, die zur Auftragsabwicklung die Übermittlung von Daten benötigen, wie die zur Beantragung der Fortbildungspunkte zuständigen Einrichtungen. In diesen Fällen beschränkt sich der Umfang der übermittelten Daten jedoch nur auf das erforderliche Minimum. Die aktuelle Datenschutzerklärung finden Sie unter www.aegnw.de

Stand: 25.05.18

Ort, Datum

Unterschrift

Vorstand: Dr. Tilo Brunnée (Vorsitzender), Dr. Rainer Woltmann, Dr. Volker Kuhlmann, Aufsichtsratsvorsitzender: Andreas Ueberschär
Bankverbindung: Deutsche Apotheker- u. Ärztebank IBAN DE36 3006 0601 0007 0795 40 BIC DAAEDEDXXX
Amtsgericht Oldenburg Genossenschaftsregister GnR 140021