

Mitgliedsantrag

-bitte in Druckbuchstaben ausfüllen-

- Hiermit beantrage(n) ich/wir verbindlich die Mitgliedschaft in der Gesundheitsregion Göttingen e.V. und bestätige(n) mein/unser Einverständnis mit der aktuellen Satzung des Vereins. Auf folgende Weise möchte(n) ich/wir die Vereinsarbeit unterstützen (Freitext):

A. Kontaktdaten

Firma/Institution/Praxis _____

Titel, Vorname, Name _____

Funktion/Position _____

Straße _____

PLZ ,Ort _____

Telefon _____ Telefax _____

E-Mail _____

B. Vertreterregelung (nur bei juristischen Personen)

Firma/Institution/Praxis _____

Rechtsform _____

Gesetzlicher Vertreter (Geschäftsführer, Vorstand etc.)

Titel, Vorname, Name _____

Laut Satzung des Gesundheitsregion Göttingen e.V. haben juristische Personen festzulegen, welche natürliche Person ihre Mitgliedsrechte vertritt. Die nachfolgende Person darf z.B. auf Mitgliederversammlungen das Stimmrecht ausüben:

Titel, Vorname, Name _____

oder in dessen Abwesenheit (optional) Vertreter:

Titel, Vorname, Name _____

Sitz:
Amtsgericht Göttingen
VR 200 482

Geschäftsstelle:
c/o GWG Gesellschaft für Wirtschafts-
förderung und Stadtentwicklung
Göttingen mbH

E-Mail:
info@gesundheitsregiongoettingen.de

Vorstand:
Prof. Dr. Heyo K. Kroemer (Vorsitz)
Armin Asselmeyer (stellv. Vorsitz)
Dr. Alice Börgel
Harald Jeschonnek
Dr. Thomas Suermann
Susann Lambrecht
Dr. Eckart Mayr
Karsten Stiernerling
Dr. Roy Kühne, MdB
Manfred Fraatz
Dr. Matthias Boldt
Dr. Ursula Schaper

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
Kto: 0008179727/BLZ: 300 606 01
IBAN: DE73 3006 0601 0008 1797 27
BIC: DAAEDED

Sparkasse Göttingen
Kto: 56007453/BLZ: 260 500 01
IBAN: DE83 2605 0001 0056 0074 53
BIC: NOLADE21GOE

C. Mitgliedsbeitrag

Auf Grundlage der derzeit gültigen Beitragsordnung bitten wir Sie nachfolgend um eine Selbsteinschätzung Ihres Mitgliedsbeitrages:

- | | | |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | Unternehmen / Institutionen mit 50 oder mehr Beschäftigten | 1.000,- Euro p.a. |
| <input type="checkbox"/> | Unternehmen / Institutionen mit 20 bis 49 Beschäftigten | 500,- Euro p.a. |
| <input type="checkbox"/> | Unternehmen / Institutionen mit weniger als 20 Beschäftigten | 200,- Euro p.a. |
| <input type="checkbox"/> | Privatpersonen | 100,- Euro p.a. |

Änderungen sind unverzüglich mitzuteilen. Der Beitrag wird jährlich und im Voraus erhoben.

D. Zahlungsweise

- SEPA-Lastschriftmandat**
Hiermit ermächtige(n) wir/ich dem Verein Gesundheitsregion Göttingen e. V. (Gläubiger-Identifikationsnummer.: DE67ZZZ00001545040), den jährlichen Mitgliedsbeitrag von unserem/meinem folgendem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Gesundheitsregion e. V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen:

IBAN DE _____ BIC _____

Kreditinstitut _____

Kontoinhaber _____

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

- Zahlung erfolgt nach **Rechnungsstellung**
Ggf. von der o. g. Anschrift abweichende Rechnungsadresse:

Firma/Institution/Praxis _____

Funktion/Position _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Alle personenbezogenen Daten werden gemäß der deutschen Datenschutzbestimmungen verarbeitet und nicht an Dritte weitergegeben. Das Formular kann per Post, per Fax oder als PDF-Datei per E-Mail versendet werden.