

Geschäftsstelle:

c/o GWG Gesellschaft für
Wirtschaftsförderung und
Stadtentwicklung Göttingen mbH

Bahnhofsallee 1b
37081 Göttingen
Tel.: 0551 54743-291
Fax: 0551 54743-20

Gesundheitsregion Göttingen e.V. ■ Bahnhofsallee 1b ■ 37081 Göttingen

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)
Petra Broistedt (stellv. Vorsitz)
Dr. Thomas Suermann (stellv. Vorsitz)
Dr. Matthias Boldt
Elke Deppe-Stark
Manfred Fraatz
Harald Jeschonnek
Susann Lambrecht
Dr. Eckart Mayr
Dr. Matthias Müller
Sonja Zwingmann

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.