

*Geschäftsstelle:*

c/o GWG Gesellschaft für  
Wirtschaftsförderung und  
Stadtentwicklung Göttingen mbH

Bahnhofsallee 1b  
37081 Göttingen  
Tel.: 0551 999 58-0  
Fax: 0551 999 58-58

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)  
Armin Asselmeyer (stellv. Vorsitz)  
Dr. Alice Börgel  
Harald Jeschonnek  
Dr. Thomas Suermann  
Susann Lambrecht  
Dr. Eckart Mayr  
Karsten Stiemerling  
Dr. Roy Kühne, MdB

*Bankverbindung:*  
Deutsche Apotheker- und Ärztebank  
Kto: 0008179727/BLZ: 300 606 01  
IBAN: DE73 3006 0601 0008 1797 27  
BIC: DAAEDED3  
  
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.