

AUFNAHMEANTRAG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied in der Emdener Pflegegenossenschaft für Ostfriesland eG
Hansastr. 17, 26723 Emden, Telefon 0152-59875466, E-Mail: info@emderpflege-eg.de



Name _____ Vorname _____

Geburtstag _____ Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____ Telefon _____

Mobil _____ E-Mail _____

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung der Emdener Pflegegenossenschaft für Ostfriesland eG an. Der Geschäftsanteil beträgt 300,- €. Die maximale Anzahl der zu erwerbenden Geschäftsanteile beträgt 20 Stück für natürliche und juristische Personen. Die Mindest-Zahlung beträgt 150,- € und muss sofort geleistet werden. Die restlichen 150,- € können in Monatsraten von 50,- € eingezahlt werden. Zusätzlich wird ein jährlicher Förderbeitrag erhoben. Dieser beträgt bei jährlicher Zahlung 80,-€, bei monatlicher Zahlung 8,- € pro Monat. Dieser Beitrag wird nicht zurückgezahlt. Die Satzung der Emdener Pflegegenossenschaft für Ostfriesland wurde mir ausgehändigt.

jährliche Zahlung des Förderbeitrages

monatliche Zahlung des Förderbeitrages

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutzgesetze gespeichert und verarbeitet werden. Die Nutzung erfolgt ausschließlich für satzungsgemäße Zwecke der Genossenschaft, wie z.B. Beitragserhebung oder Versand von Informationsmaterial. Eine Weitergabe der Daten an Dritte außerhalb der Genossenschaft z.B. für Werbezwecke findet nicht statt.

Ich willige ein, dass meine Kontaktdaten (Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse) genossenschaftsintern veröffentlicht werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitgliedes

Erteilung eines Mandats zum Einzug von SEPA-Lastschriften

Gläubiger Identifikationsnr. der Emdener Pflegegenossenschaft für Ostfriesland eG: DE 24ZZZ00002225202

IBAN: DE51 2845 0000 0021 0175 46

BIC: BRLADE21EMD

Mandatsreferenz:

Ich ermächtige die Emdener Pflegegenossenschaft für Ostfriesland eG, Emden, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Emdener Pflegegenossenschaft für Ostfriesland eG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Das Mandat gilt für eine wiederkehrende Zahlung.

Kontoinhaber*in _____

IBAN _____ bei der Bank _____

Ort, Datum

Unterschrift des Mitgliedes

von der Genossenschaft auszufüllen:

Die o.g. Person wurde als Mitglied in der Genossenschaft aufgenommen am: _____
Datum, Unterschrift Vorstand

Eintrag in die Mitgliederliste am: _____ Beginn der Mitgliedschaft am: _____

Der Geschäftsanteilsanteil in Höhe von 300 € wurde Mandatsreferenz: (Mitgliedsnr.) (_____)epg06122020

abgebucht überwiesen am: _____
Datum, Unterschrift Mitgliederverwaltung

Mitglied im Genossenschaftsverband
Weser-Ems e.V., Oldenburg

Vorstand: Christiane Esch, Ludwig Boom, Thorsten Hecht
Aufsichtsratsvorsitz: Monika Ohm

Amtsgericht Aurich: GnR 200037
Steuer-Nr.: 58/270/05777
als gemeinnützig anerkannt