

# ARZTBEDARF

## Ein – und Verkaufsgenossenschaft reg.Gen.m.b.H.

Enzersdorfer Straße 1-3/11

Am Freiheitsplatz 7/11

2340 Mödling

Tel.: 02236/42 3 46

[office@arztbedarf.at](mailto:office@arztbedarf.at)

[www.arztbedarf.at](http://www.arztbedarf.at)

Fax: 02236/41 9 90

Wenn Sie sich für eine Mitgliedschaft bei der Genossenschaft "ARZTBEDARF" entschlossen haben, füllen Sie bitte nachstehende Beitrittserklärung aus und senden Sie diese an die Geschäftsstelle zurück. Gleichzeitig überweisen Sie bitte den Geschäftsanteil in der Höhe von € 36,33 und die Eintrittsgebühr in der Höhe von € 7,27. Ihre Mitgliedschaft wird durch den Vorstand und den Aufsichtsrat beschlossen. Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt € 25,--.

### BEITRITTSERKLÄRUNG

Mit der Unterfertigung dieser Beitrittserklärung ersuche ich

Name	Vorname	Geb.-Datum
Anschrift		Tel.-Nr.
E-Mail	Berufsbezeichnung	

um Aufnahme als Mitglied der „Arztbedarf“ Ein- u. Verkaufsgenossenschaft reg.Gen.m.b.H., 2340 Mödling, Enzersdorfer Straße 1-3/11. Ich verpflichte mich, als Mitglied der „Arztbedarf“, die Satzungen der „Arztbedarf“ und die Geschäftsordnung, als auch alle späteren Änderungen derselben, sowie die Beschlüsse der Generalversammlungen anzuerkennen und zu respektieren. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass „Arztbedarf“ die von mir angegebenen Daten zur Verwaltung meiner Mitgliedschaft verarbeitet.

Ja, ich möchte auch über aktuelle Angebote informiert werden und stimme der Nutzung meiner oben genannten Daten im Rahmen des Newsletters gemäß den Datenschutzbestimmungen der Genossenschaft "Arztbedarf" zu. Diese Zustimmung kann jederzeit von mir widerrufen werden.

Nähere Informationen zu unseren Datenschutzbestimmungen finden Sie unter <https://www.arztbedarf.at/impressum/#datenschutz>

Gleichzeitig verpflichte ich mich:

- |   |         |
|---|---------|
| 1.) 1 Stück Geschäftsanteil zu zeichnen im Werte von      | € 36,33 |
| 2.) die einmalige Eintrittsgebühr zu erlegen im Werte von | € 7,27  |
| Summe   | € 43,60 |

auf unser Konto einzuzahlen - IBAN: AT11 1100 0007 8199 2300.

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Arztstempel und Unterschrift

Bankverbindung: Bank Austria Unicredit, IBAN: AT11 1100 0007 8199 2300, BIC: BKAUATWW