Übertragung des Geschäftsguthabens (§ 76 GenG) und gegebenenfalls Beitrittserklärung | Beteiligungserklärung (§§ 15, 15a und 15bGenG)

WDT Das Tierarztunternehmen.

Vollständiger Name und Anschrift des **Übertragenden**:

Mitgliedsnummer

Vollständiger Name und Anschrift des **Erwerbers**:

Mitgliedsnummer Geburtsdatum

E-Mail

Telefon/Fax

Steuer ID
(nach § 139b AO/erforderlich bei natürlichen Personen)

1. Übertragender

Ich übertrage mein Geschäftsguthaben
in Höhe von _____ € bei der Wirtschaftsgenossenschaft deutscher Tierärzte eG, 30827 Garbsen an den Erwerber.

Ort, Datum

Unterschrift **Übertragender**

← 1. Unterschrift

2. Erwerber

Ich bin mit der Übertragung des Geschäftsguthabens einverstanden.

☐ Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur Wirtschaftsgenossenschaft deutscher Tierärzte eG, 30827 Garbsen. Eine Abschrift der Satzung in ihrer gegenwärtig geltenden Fassung wurde mir zur Verfügung gestellt. Die Kündigungsbedingungen sind mir bekannt.

☐ Ich erkläre hiermit, dass ich mich mit _____ weiteren, also insgesamt mit _____ Geschäftsanteilen bei der Wirtschaftsgenossenschaft deutscher Tierärzte eG, 30827 Garbsen beteilige.

Ich verpflichte mich, die nach Gesetz und Satzung geschuldeten Einzahlungen auf den/die Geschäftsanteil(e) zu leisten. Der Geschäftsanteil beträgt 600,00 €. Die Mindesteinzahlung auf den ersten Geschäftsanteil beträgt gemäß § 37 der Satzung 300,00 €. Für weitere Geschäftsanteile beträgt die Mindesteinzahlung 60,00 €.

Die geschuldete Einzahlung beträgt _____ €.

Ort, Datum

Unterschrift **Erwerber/Beitretende(r)**

← 2. Unterschrift

Wichtig: Die Mitgliedschaft einer Gesellschaft des bürgerlichen Rechts (GbR) erfordert die Unterschriften aller Gesellschafter!

Abrechnungskonto: Mir zustehende Ansprüche/Gutschriften bitte ich bei der _____

dem nachfolgenden Konto (IBAN) _____ gutzuschreiben.

SEPA-Lastschriftmandat für WDT eG, 30827 Garbsen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE62ZZZ00000361439
Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt) Zahlungsart: einmalig

Ich ermächtige die WDT eG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kredtinstitut an, die von der WDT eG auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)	
Anschrift (falls von oben abweichend)	
Name des Kreditinstituts	
IBAN (z.B. DE12 3456 7890 1234 5678 90)	
BIC/SWIFT	

Ort, Datum

Unterschrift **Kontoinhaber**

← 3. Unterschrift

Datenschutzerklärung **–Unterschrift obligatorisch –**

Ich bin einverstanden, dass die WDT eG im erforderlichen Umfang Daten, die sich aufgrund der Geschäftsbeziehung ergeben, elektronisch speichert und verarbeitet oder durch Dritte verarbeiten lässt. Kundendaten werden bei der WDT eG im Einklang mit den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes behandelt.

Ort, Datum

Unterschrift **Erwerber/Beitretende(r)**

← 4. Unterschrift

Stand: Septmeber/2015