

Für eine Mitgliedschaft in der  
DIPAT Vorsorgegenossenschaft eG



für

von

# Du erhältst Genossenschaftsanteil(e) der DIPAT Vorsorgegenossenschaft eG

und profitierst davon gleich mehrfach:



sinnvolle Geldanlage mit zukünftiger Gewinnbeteiligung



Möglichkeit für die Zukunft vorzusorgen - zum Selbstkostenpreis



Transparenz & Mitbestimmung bei Entscheidungen der Genossenschaft

Für deinen Beitritt schicke die ausgefüllte Erklärung an:



**DIPAT Vorsorgegenossenschaft eG**  
**Franz-Mehring-Straße 1**  
**04157 Leipzig**

Als Mitglied kannst du unter [mein.dipat.de/registrieren](https://mein.dipat.de/registrieren) ein Kundenkonto anlegen und folgende Vorsorgedokumente zum günstigen Genossenschaftstarif erstellen:

-  **Patientenverfügung**
-  **Vorsorgevollmacht**
-  **Betreuungsverfügung**
-  **Organspendeausweis**
-  **Sorgerechtsverfügung**

## Beitrittserklärung als natürliche Person

(§§ 15, 15a, 15b und 30 Abs. 2 GenG)

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und schicken Sie dieses unterschrieben im Original an uns zurück.

### 1. Ihre persönlichen Angaben (Angaben der beschenkten Person)

Titel:

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Straße & Hausnummer:

Postleitzahl & Ort:

E-Mail Adresse:

Telefonnummer:

Notfallabrufcode (falls vorhanden):

### 2. Ihre Anteile (Auszufüllen vom Schenkenden)

Bitte geben Sie an, wie viele Anteile Sie zeichnen möchten.

Ich möchte \_\_\_\_\_ Genossenschaftsanteile zu je 248€ zeichnen.

### 3. Ihre Erklärung zum Beitritt (Auszufüllen von der beschenkten Person)

Mit meiner Unterschrift

- 1 erkläre ich meinen BEITRITT zur DIPAT Vorsorgegenossenschaft eG mit Zeichnung der genannten Anzahl von Anteilen. Eine gültige Satzung wurde mir ausgehändigt bzw. steht als druckfähiger Download auf [www.dipat.de/genossenschaft](http://www.dipat.de/genossenschaft) zur Verfügung.
- 2 erkläre ich, dass ich den Hinweis zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter [www.dipat.de/genossenschaft](http://www.dipat.de/genossenschaft) gelesen habe und stimme der Speicherung und Verarbeitung entsprechend zu.

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied

### 4. Ihre Rechnungsangaben (Angaben der/des Schenkenden)

Titel:

Vor- und Nachname:

Straße & Hausnummer:

Postleitzahl & Ort:

Mit meiner Unterschrift

- 1 erkläre ich, dass ich den Gesamtbetrag für die oben angegebenen gezeichneten Genossenschaftsanteile innerhalb von 14 Tagen nach Zustellung der Rechnung durch die DIPAT Vorsorgegenossenschaft eG überweisen werde.

Ort, Datum

Unterschrift Schenkende(r)

**Widerrufsbelehrung:** Sie haben das Recht, binnen 14 Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen. Die Widerrufsfrist beträgt 14 Tage ab dem Tag, an dem Sie die Benachrichtigung über die Zulassung Ihres Beitritts haben. Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie mittels einer eindeutigen Erklärung in Textform die DIPAT Vorsorgegenossenschaft eG über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren. Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absenden.

**Folgen des Widerruf:** Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen, sind die bisher erbrachten Leistungen zurückzugewähren, in vorliegendem Fall einer Beteiligung an einer Genossenschaft erfolgt dies nach den Grundsätzen über die fehlerhafte Gesellschaft. Dies bedeutet, dass Ihnen im Falle eines Widerrufs lediglich ein Anspruch auf das Auseinandersetzungsguthaben zusteht.

## 5. Bestätigung durch den Vorstand (wird vom Vorstand ausgefüllt)

Das Mitglied wurde in der DIPAT Vorsorgegenossenschaft eG mit der Nummer \_\_\_\_\_ aufgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift Vorstand