

Zeichnungsantrag und Einzugsermächtigung

Zeichnung von Geschäftsanteilen (stille Gesellschaftsanteile) für den Arzter Dorfladn UG (haftungsbeschränkt).

Ich/wir zeichnen eine(n) Förderanteil an der Arzter Dorfladn UG (haftungsbeschränkt) und Still.

Die Gesellschaftsform ist eine UG (haftungsbeschränkt) & Still.

Meine/unsere persönliche Haftung bleibt auf die Höhe meiner/unsere Einlage begrenzt . Die Vertragsinhalte wurden im Rahmen einer Gründungsveranstaltung am **19.07.2019** von den Förderern (stillen Gesellschaftern) mehrheitlich beschlossen und werden von mir/uns auch anerkannt. Ich/wir verpflichte(n) mich/uns die nach dem Antrag und Vertrag geschuldete Einzahlung fristgemäß auf das Konto der Arzter Dorfladn UG zu leisten. Die Höhe des Förderanteils beträgt mindestens 200 Euro, teilbar durch 100.

Ich/wir zeichne(n) einen Anteil zu _____ Euro (in Worten _____) gesamt.

Wichtig: Meine /unsere Haftung bleibt auf die Gesamthöhe der Einlage begrenzt.

Anteilszeichner 1

Anteilszeichner 2

Name Vorname

Name Vorname

Wohnort (Straße, Postleitzahl und Wohnort)

geboren am

geboren am

E-Mail:

Ich/wir wünsche(n), dass die Arzter Dorfladn UG (haftungsbeschränkt) mein/unsere Kirchensteuermerkmal im Rahmen der Vertragsvereinbarung auf meine/unsere Veranlassung und ohne Berücksichtigung einer Wartefrist beim Bundeszentralamt für Steuern abrufen.

Die Einlage ist spätestens zwei Wochen nach Erhalt der Rechnung fällig.

Ort,

Datum

Unterschrift(en)

Ich/wir ermächtige(n) den Zahlungsempfänger Arzter Dorfladn UG (haftungsbeschränkt), dass der gezeichnete Betrag mittels SEPA-Lastschriftmandat von **folgendem Konto** einzuziehen:

IBAN

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Arzter Dorfladn UG (haftungsbeschränkt) gezogene Lastschrift einzulösen. Der Zahlungsempfänger wird mir die bevorstehende Abbuchung der Lastschrift fristgerecht mit Angabe der Gläubiger-ID-Nummer und der Mandatsreferenznummer schriftlich anzuzeigen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die Bedingungen meines Kreditinstituts.

Ort,

Datum

Unterschrift(en)

Widerrufsbelehrung:

Der Antragsteller hat das Recht, binnen 14 Tagen ohne Angaben von Gründen diesen Vertrag bzw. Antrag zu widerrufen. Die Widerrufsfrist beträgt 14 Tage beginnend ab dem Tag der Unterschrift des Antrages. Um das Widerrufsrecht auszuüben, muss der Antragsteller mittels einer eindeutigen Erklärung (z.B. ein mit der Post versandter Brief, Telefax oder E-Mail) über den Entschluss, diesen Antrag/Vertrag zu widerrufen, informieren. Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass der Antragsteller die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absendet. **Der Widerruf ist zu richten an den Geschäftsführer des Arzter Dorfladn UG (haftungsbeschränkt), Bergstraße 33, 83313 Siegsdorf/Hörgering zu richten.** Im Falle eines wirksamen Widerrufs sind die beiderseits empfangenen Leistungen zurück zu gewähren. Der Antragsteller ist zur Zahlung von Wertersatz, für die bis zum Widerruf erbrachte Dienstleistung nur verpflichtet, wenn der Antragsteller vor Abgabe der Vertragserklärung/Antrages darauf hingewiesen wurde und ausdrücklich zugestimmt hat. Der Vertragspartner hat die vom Antragsteller bezahlten Entgelte unverzüglich (jedoch spätestens 30 Tage nach dem Empfang der Widerrufsbelehrung) zurück zu bezahlen, sofern aus dem Antrag heraus Zahlungen vom Antragsteller an den Vertragspartner erfolgten. **Der Antragsteller erklärt sich mit der Speicherung und Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten einverstanden.**

Ort,

Datum

Unterschrift(en)

Angebot angenommen am: _____

Gesellschafter-Nr.: _____

Geschäftsführer Arzter Dorfladn UG (haftungsbeschränkt)