



Deutscher Diabetikerbund LV Berlin e.V.

Gemeinnützigkeit und besondere Förderungswürdigkeit anerkannt

bitte zurücksenden an:

Deutscher Diabetikerbund Berlin e.V.
Schillingstraße 12
10179 Berlin

**Schneller per Fax:
030 / 27 59 16 57**

Aufnahmeantrag: In den Deutschen Diabetikerbund LV Berlin e.V.

(bei Minderjährigen wird das Kind als Mitglied aufgenommen) (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Mitgliedsbeitrag 42,00 € /Jahr (Abbuchung jährlich)

Familienmitgliedschaft
Mitgliedsbeitrag **59,00 € / Jahr** (Abbuchung jährlich)

Sozial-,Jugend-u.Kinderbeitrag 25,00 € / Jahr (Abbuchung jährlich)
Nachweis der Berechtigung jährlich im Januar eines jeden Jahres !

Meine Mitgliedschaft soll beginnen am: _____(Datum)

Ich bin an einer aktiven Mitarbeit im Landesverband Berlin e.V. interessiert.

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____ Beruf: _____

Geburtsdatum: _____ Diabetes seit: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

(Bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

Bitte ankreuzen:

- Ich habe Typ 1 Diabetes: Ich habe Typ 2 Diabetes
 ich komme mit Diät aus nehme Tabletten spritze Insulin
 trage eine Insulinpumpe

Ich/Wir bestelle(n) das „Diabetes Journal“ zum Vorzugspreis von z.Z. 23,60 € (jährlich)

senden Sie mir bitte das Formular „Beratungsanfrage für Versicherungsmöglichkeiten“

Weiter auf der Rückseite →

SEPA Lastschriftmandat mit späterer Mitteilung der Mandatsreferenz

Gläubigeridentifikationsnummer: DE70ZZZ00000899257

Mandatsreferenz: WIRD SEPARAT MITGETEILT

SEPA Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Deutschen Diabetiker Bund Landesverband Berlin e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Deutschen Diabetiker Bund Landesverband Berlin e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name des Kontoinhabers

Strasse und Hausnummer

PLZ und Ort

Kreditinstituts (Name und BIC)

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Datum: _____ Unterschrift des Kontoinhabers: _____

Mit Ihrer Unterschrift unter den Aufnahmeantrag stimmen Sie der Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten durch den Deutschen Diabetiker Bund zu. Der Deutsche Diabetiker Bund ist zur Nutzung der Daten im Rahmen des Vereinszwecks berechtigt. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben und durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen vor der Kenntnisnahme Dritter geschützt.