

## Aufnahmeantrag

Deutscher Diabetiker Bund e. V.  
Bundesgeschäftsstelle  
Käthe-Niederkirchner-Straße 16  
**10407 Berlin**

Bitte beachten Sie, dass Sie – soweit möglich - dem regional für Sie zuständigen Landesverband als Mitglied zugeordnet werden. Bitte senden Sie diesen Aufnahmeantrag an unsere Bundesgeschäftsstelle.

**Ich beantrage die Aufnahme als Mitglied in den Deutschen Diabetiker Bund e. V. und ggf. späterer Zuweisung an den Landesverband**

- Bremen/Rheinland-Pfalz** (zutreffendes bitte unterstreichen) zum Jahresbeitrag von **30,00 Euro** (ohne Bezug des Diabetes Journals)
- plus Diabetes Journal zum Sonderpreis von 16,00 €/Jahr**
- Nordrhein-Westfalen** zum Jahresbeitrag von **46,00 €** (in diesem Beitrag ist der Bezug des Diabetes Journal – monatlich - enthalten).

**Vor- und Zuname:** \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Bei Minderjährigen

der (die) gesetzliche(n) Vertreter(in): \_\_\_\_\_

Familienmitglieder im Rahmen der Mitgliedschaft:

**Name:** \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_

Bundesland: \_\_\_\_\_

Die Mitgliedschaft soll ab \_\_\_\_\_ beginnen.

Datum:

Unterschrift:

Bitte Rückseite beachten

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Deutschen Diabetiker Bund, Käthe-Niederkirchner-Straße 16, 10407 Berlin Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Deutschen Diabetiker Bund auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kreditinstitut des Zahlers:

Konto-Nr.

Bankleitzahl:

falls bekannt (die Angabe ist nicht zwingend erforderlich)

BIC: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_

IBAN: DE \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

Mit Ihrer Unterschrift unter den Aufnahmeantrag stimmen Sie der Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten durch den Deutschen Diabetiker Bund und seiner Gliederungen 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.