

Mitgliedsnummer (wird vergeben): \_\_\_\_\_



Arbeitsgemeinschaft Diabetes, Sport u. Bewegung  
der DDG e.V. / Geschäftsstelle  
Annette Dollenkamp  
Billmericher Dorfstr. 4d  
59427 Unna

## Beitrittserklärung\*

\*Dem Verein können lt. Satzung nur ordentliche und juristische Personen beitreten, die sich für die satzungsgemäßen Ziele des Vereins interessieren, aktiv mitarbeiten und den Verein fördern.

**Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein**

**„Arbeitsgemeinschaft Diabetes, Sport und Bewegung der DDG e.V.“**

\_\_\_\_\_  
Titel / Vorname / Nachname:

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

\_\_\_\_\_  
Tätig in:  
(Krankenhaus, Praxis, Reha-Einrichtung, Industrie etc.)

\_\_\_\_\_  
Beruf

### **Anschrift dienstlich**

### **Anschrift privat**

Straße: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Plz / Ort: \_\_\_\_\_

Plz / Ort: \_\_\_\_\_

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

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

Tel. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

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

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

Die Post soll an folgende Anschrift geschickt werden (bitte ankreuzen):

Dienstanschrift

Privatanschrift

Wir speichern Ihre Daten elektronisch und übermitteln sie ausschließlich im Rahmen der satzungsgemäßen Aufgaben der Gesellschaften an Dritte, z. B. an unseren Verlag für die Symposiumseinladung. Mit Stellen des Aufnahmeantrags erklären Sie sich damit einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en)

# SEPA-Basislastschrift-Mandat

## Zahlungsempfänger

Arbeitsgemeinschaft Diabetes, Sport und Bewegung der DDG e.V.  
Geschäftsstelle  
Billmericher Dorfstr. 4d  
59427 Unna

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE27ZZZ00000113555

Mandatsreferenz: wird separat in der Beitrittsbestätigung mitgeteilt

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den oben genannten Zahlungsempfänger, den Jahresbeitrag - 20 €, Ärzte 40 € - nach Eingang des Lastschriftmandats und in den Folgejahren zum 10. Januar von meinem (unserem) Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Arbeitsgemeinschaft Diabetes, Sport und Bewegung der DDG e.V. auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

## Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber)

Vorname und Name:

---

---

Straße und Hausnummer:

---

PLZ und Ort:

---

Falls Kontoinhaber und Mitglied nicht identisch:

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für den Jahresbeitrag von

\_\_\_\_\_  
Name des Mitglieds

Kreditinstitut (Name):

---

BIC:

-----|---

IBAN:

DE --|----|----|----|----|---

Ort, Datum

---

Unterschrift/en

---