

Mitgliedsnummer (wird vergeben): _____



**AG DIABETES
SPORT UND BEWEGUNG
der DDG**

Arbeitsgemeinschaft Diabetes, Sport u. Bewegung
der DDG e.V. / Geschäftsstelle
Andrea Sparwirth
Lönsweg 9
32479 Hille

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

ich bin Mitglied bei der DDG e. V., Mitgliedsnummer: _____

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)

Einzugsermächtigung siehe Rückseite

SEPA-Basislastschrift-Mandat

Zahlungsempfänger

Arbeitsgemeinschaft Diabetes, Sport und Bewegung der DDG e.V.
Geschäftsstelle
Lönsweg 9
32479 Hille

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 _____