

## AUFNAHMEANTRAG

(Bitte in Druckbuchstaben)

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

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

Geb. Datum \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Diabetes-Typ \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Hiermit beantrage ich die Vereinsmitgliedschaft bei Diabetiker Hessen e.V.

Ich zahle den **Mindestbeitrag** **54,00 €** oder \_\_\_\_\_ € jährlich

Familienmitgliedschaft  
Ich zahle den **Mindestbeitrag** **60,00 €** oder \_\_\_\_\_ € jährlich

Meine Mitgliedschaft soll mit dem \_\_\_\_\_ beginnen

**Aufnahmegebühr: 3,00 €** (entfällt bei Erteilung einer Einzugsermächtigung)

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten in der Mitgliederbestandsverwaltung gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift

(Bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

### **SEPA Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)**

Diabetiker Hessen e.V., Friedrich-Ebert-Str. 5, 34613 Schwalmstadt

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE32ZZZ0000170501 Mandatsreferenznummer: (Ihre Mitgliedsnummer)

Ich ermächtige Diabetiker Hessen e. V. (kurz DHE), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom DHE 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.

IBAN DE \_\_\_\_\_

Bank (Name u. BIC) \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: Name, Vorname \_\_\_\_\_

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

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Bei Nichteinlösung der Abbuchung (z.B. Konto-oder Bankwechsel) zahle ich die entstandenen Kosten. Bei einem Wechsel des Geldinstituts teile ich meine neue Bankverbindung rechtzeitig mit.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden an:

**Diabetiker Hessen e. V., Friedrich-Ebert- Str. 5, 34613 Schwalmstadt**