

# Aufnahmeantrag

## Ich möchte Mitglied bei Diabetiker Hessen e.V. werden! Mitgliedsbeitrag 4,50 €/mon. - Abbuchung erfolgt jährlich.

Für Minderjährige und **kostenfreie** Aufnahme von Familienmitgliedern bitte zusätzlich „Aufnahmeantrag für Familienmitglieder“ ausfüllen!  
(Seite 2 des Antrages)

Meine Mitgliedschaft soll beginnen am .....  
Datum

### Meine Daten:

Mit \* gekennzeichnete Felder sind für den Antrag unbedingt erforderlich.  
Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Name, Vorname\* .....

Straße, Hausnr.\* .....

PLZ\* ..... Wohnort\* .....

Geb. Datum\* ..... Telefon\* .....

E-Mail .....



### Ich möchte das kostenlose DIABETES JOURNAL erhalten

als Druckausgabe     als ePaper per E-Mail     als Hörbuch

Ich willige in den Erhalt von Informationsschreiben per Post/E-Mail ein.

.....  
Ort, Datum\*

.....  
Unterschrift\*

### Einzugsermächtigung Wir danken Ihnen für diese Arbeitserleichterung

Hiermit ermächtige ich Diabetiker Hessen e.V. bis auf Widerruf, den jeweils satzungsgemäßen Mitgliedsbeitrag (Jahresbeitrag) einzuziehen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN .....

Bank Name + BIC .....

Kontoinhaber .....

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

## für Familienmitglieder

Ich beantrage für meine Angehörigen die kostenfreie Familienmitgliedschaft bei Diabetiker Hessen e.V.

(nur für Familienmitglieder mit gleicher Adresse möglich)

### Daten des Hauptmitglieds:

Die Familienmitgliedschaft ist nur durch ein volljähriges Hauptmitglied möglich und erlischt für alle eingetragenen Familienmitglieder mit dessen Ausscheiden. Mit \* gekennzeichnete Felder sind für den Antrag unbedingt erforderlich. Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Name, Vorname\* .....

Straße, Hausnr.\* .....

PLZ\* ..... Wohnort\* .....

Geb. Datum\* ..... Telefon\* .....

E-Mail .....

Ich willige in den Erhalt von Informationsschreiben per Post/E-Mail ein.

.....  
Ort, Datum\*

.....  
Unterschrift\*



Ich möchte das kostenlose DIABETES JOURNAL erhalten

als Druckausgabe  als E-Paper per E-Mail  als Hörbuch

Ich möchte das kostenlose DIABETES ELTERN JOURNAL erhalten

als Druckausgabe  als E-Paper per E-Mail

### Folgende Familienmitglieder sollen kostenlos aufgenommen werden

(eigene Unterschrift ab 16 Jahren erforderlich):

.....  
1. Name ..... Geburtstag ..... Unterschrift .....

.....  
2. Name ..... Geburtstag ..... Unterschrift .....

.....  
3. Name ..... Geburtstag ..... Unterschrift .....

.....  
4. Name ..... Geburtstag ..... Unterschrift .....