

Aufnahmeantrag

Ich möchte Mitglied bei Diabetiker Hessen e.V. werden!
Mitgliedsbeitrag 4,50 €/mon. - Abbuchung erfolgt jährlich (1 x 54€).

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 Magazin „Diabetes Anker“ erhalten (eine Auswahl möglich)
 als Druckausgabe als ePaper per E-Mail als Hörbuch für Blinde+Sehbehinderte

Ich willige außerdem in den Erhalt von Informationen 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*

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



Wir möchten das kostenlose Magazin „Diabetes Anker“ erhalten (ein Exemplar pro Familie)

als Druckausgabe als ePaper per E-Mail als Hörbuch für Blinde+Sehbehinderte