

Aufnahmeantrag



Ich möchte Mitglied bei Diabetiker Hessen e.V. werden!

Mitgliedsbeitrag 4,50 €/mon. - Abbuchung erfolgt jährlich (1 x 54€).

Meine Daten (volljähriges Hauptmitglied): (*erforderliche Angaben)

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* (Beginn der Mitgliedschaft)

.....
Unterschrift*

Folgende Familienmitglieder sollen kostenlos in die Mitgliedschaft mit aufgenommen werden:

(nur bei gemeinsamer Adresse mit dem Hauptmitglied, eigene Unterschrift ab 16 Jahren erforderlich, die Familienmitgliedschaft erlischt mit dem Ausscheiden des Hauptmitglieds):

.....
Name Geburtstag Unterschrift Name Geburtstag Unterschrift

.....
Name Geburtstag Unterschrift Name Geburtstag Unterschrift

Ich möchte das kostenlose Magazin „Diabetes Anker“ erhalten

(1 Exemplar pro Mitgliedschaft, eine Auswahl möglich)

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



Einzugsermächtigung (SEPA-Mandat) 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