

# 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