

Antrag auf Mitgliedschaft bei



Name: _____ Vorname(n): _____

Bei Minderjährigen Name der Erziehungsberechtigten: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____ Mobil: _____

Diabetes Typ I

Typ II seit: _____

Insulinpumpe

kein Diabetes

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE35ZZZ00000145130

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

SEPA Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Diabetes Selbsthilfe e. V. Aschaffenburg, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Diabetes Selbsthilfe e. V. Aschaffenburg 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.

Kreditinstitut Name _____ **BIC** _____

IBAN DE _____

Datum: _____ Ort: _____ Unterschrift: _____

Eine Mitgliedschaft ist aus organisatorischen Gründen nur mit Lastschriftmandat möglich!

Jahres-Mitgliedspreise:

Kinder und Jugendliche

beitragsfrei

Einzelmitglieder ab 18 Jahre

20,00 €

Familientarif f. Paare und Familien

30,00 €

weitere Angaben: Seite 2

Antrag auf Mitgliedschaft für weitere Personen:

Name: _____ Vorname(n): _____

Geburtsdatum: _____

Diabetes Typ I	<input type="checkbox"/>			
Typ II	<input type="checkbox"/>	seit: _____	kein Diabetes	<input type="checkbox"/>
Insulinpumpe	<input type="checkbox"/>			

Name: _____ Vorname(n): _____

Geburtsdatum: _____

Diabetes Typ I	<input type="checkbox"/>			
Typ II	<input type="checkbox"/>	seit: _____	kein Diabetes	<input type="checkbox"/>
Insulinpumpe	<input type="checkbox"/>			

Name: _____ Vorname(n): _____

Geburtsdatum: _____

Diabetes Typ I	<input type="checkbox"/>			
Typ II	<input type="checkbox"/>	seit: _____	kein Diabetes	<input type="checkbox"/>
Insulinpumpe	<input type="checkbox"/>			

Name: _____ Vorname(n): _____

Geburtsdatum: _____

Diabetes Typ I	<input type="checkbox"/>			
Typ II	<input type="checkbox"/>	seit: _____	kein Diabetes	<input type="checkbox"/>
Insulinpumpe	<input type="checkbox"/>			

Name: _____ Vorname(n): _____

Geburtsdatum: _____

Diabetes Typ I	<input type="checkbox"/>			
Typ II	<input type="checkbox"/>	seit: _____	kein Diabetes	<input type="checkbox"/>
Insulinpumpe	<input type="checkbox"/>			