

Aufnahmeantrag

Antwort an:

Diabetikerbund Bayern e.V.
Verwaltung
Frau Annette Hädrich
Maria-Lass-Weg 8
91056 Erlangen



Bitte ankreuzen:

- Ich habe Diabetes Typ 1
- Ich habe Diabetes Typ 2
- Bitte stellen Sie mein bestehendes Abo des Diabetes-Journal um.
- Schicken Sie mir die Beratungsanfrage zu Versicherungsmöglichkeiten für Diabetiker zu.
- Schicken Sie mir einen Antrag zur Sterbegeldversicherung zu.

Ich möchte Mitglied werden!*

Einzelmitgliedschaft 5,50 EUR/Monat
1 Neumitglied, Abbuchung erfolgt jährlich

Bitte schicken Sie mir einen Antrag für kostenfreie Familienmitgliedschaft für Angehörige zu. (nur möglich bei gleicher Anschrift)

Name

Vorname

Diabetes seit

Straße

Hausnummer

E-Mail (erleichtert uns die Kommunikation mit Ihnen)

PLZ

Ort

Geburtsdatum (unbedingt erforderlich zum Einrichten Ihres Logins zum Mitgliederbereich der Homepage)

Hiermit willige ich ein, dass die angeführten personenbezogenen Daten/Gesundheitsdaten vom Diabetikerbund Bayern e.V. für die Erfüllung satzungsgemäßer Zwecke (insbesondere zur Zustellung der Mitgliederzeitschrift, verbandsinterner Kommunikation, Beratung, Betreuung, Information und Mitgliederverwaltung) erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen. Meine Mitgliederdaten werden beim Auftragsdienstleister des Diabetikerbundes Bayern zur Datenverarbeitung gespeichert. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit schriftlich und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Ausführliche Datenschutzerklärung: www.diabetikerbund-bayern.de/datenschutz.html bzw. auf Anforderung in den Büros.

An meine E-Mail können aktuelle Neuigkeiten zur Information gesendet werden. **(Bitte unbedingt ankreuzen!)**

Ja

Nein

Ort, Datum, Unterschrift

* Falls Sie als Erziehungsberechtigte(r) diese Erklärung für Ihr Kind abgeben, so benötigen wir die Daten Ihres Kindes sowie Ihre Unterschrift. Stand: 05/2018

Einzugsermächtigung**

Hiermit ermächtige ich den Diabetikerbund Bayern e.V. bis auf Widerruf, den jeweils satzungsgemäßen Mitgliedsbeitrag (Jahresbeitrag) einzuziehen. (Mit Erteilung der Einzugsermächtigung erleichtern Sie uns die Arbeit und helfen, Kosten zu sparen)

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Name des Kreditinstituts

Ort, Datum

Unterschrift

** Diese Ermächtigung gilt ab dem Datum des Beitritts. Diese Ermächtigung kann jederzeit widerrufen werden.