

AUFNAHMEANTRAG FÜR FAMILIENMITGLIEDER

Ich beantrage für meine Angehörigen die kostenfreie Familienmitgliedschaft im Diabetikerbund Bayern e.V. (nur möglich für Familienmitglieder mit gleicher Adresse)

HAUPTMITGLIED*

Bitte beachten Sie: Bei Ausscheiden des Hauptmitglieds erlöschen alle Familienmitgliedschaften!

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

E-Mail

FOLGENDE FAMILIENMITGLIEDER SOLLEN KOSTENLOS AUFGENOMMEN WERDEN:

1.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Bitte ankreuzen:

kein Diabetes

Diabetes Typ 1

Diabetes Typ 2

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. Die Weitergabe meiner persönlichen Daten an Dritte ist ausdrücklich nicht erlaubt. Ausführliche Datenschutzerklärung: www.diabetikerbund-bayern.de/datenschutz.html bzw. auf Anforderung in den Büros.

Ort, Datum, Unterschrift Familienmitglied (ab 16 Jahren erforderlich)

2.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Bitte ankreuzen:

kein Diabetes

Diabetes Typ 1

Diabetes Typ 2

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. Die Weitergabe meiner persönlichen Daten an Dritte ist ausdrücklich nicht erlaubt. Ausführliche Datenschutzerklärung: www.diabetikerbund-bayern.de/datenschutz.html bzw. auf Anforderung in den Büros.

Ort, Datum, Unterschrift Familienmitglied (ab 16 Jahren erforderlich)

3.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Bitte ankreuzen:

kein Diabetes

Diabetes Typ 1

Diabetes Typ 2

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. Die Weitergabe meiner persönlichen Daten an Dritte ist ausdrücklich nicht erlaubt. Ausführliche Datenschutzerklärung: www.diabetikerbund-bayern.de/datenschutz.html bzw. auf Anforderung in den Büros.

Ort, Datum, Unterschrift Familienmitglied (ab 16 Jahren erforderlich)

Die größte
Selbsthilfeorganisation in Bayern
von und für alle Menschen mit Diabetes!



ZUR AUFNAHME WEITERER FAMILIENMITGLIEDER FÜLLEN SIE
BITTE EIN WEITERES FORMULAR AUS!