

Aufnahmeantrag

Geworben durch
Name
Mitgliedsnummer

**Schneller per Fax:
09131/99 05 75**

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 beantrage die Mitgliedschaft im Diabetikerbund Bayern e.V.*

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. 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.

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.

Aufnahmeantrag für Familienmitglieder

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

Hauptmitglied

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

E-Mail (erleichtert uns die Kommunikation mit Ihnen)

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.

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, benötigen wir die Daten Ihres Kindes sowie Ihre Unterschrift.)

Folgende Familienmitglieder sollen kostenlos aufgenommen werden:

1. Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

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.

Unterschrift Familienmitglied (ab 16 Jahren erforderlich)

2. Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

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.

Unterschrift Familienmitglied (ab 16 Jahren erforderlich)

Zur Aufnahme weiterer Familienmitglieder füllen Sie bitte ein weiteres Formular aus!

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