

# 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!

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

E-Mail (erleichtert uns die Kommunikation mit Ihnen)

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](http://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](http://www.diabetikerbund-bayern.de/datenschutz.html) bzw. auf Anforderung in den Büros.

Unterschrift Familienmitglied (ab 16 Jahren erforderlich)

3. 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](http://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!**

(Stand: 10/2021)