

Aufnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich unter Anerkennung der Satzung meinen Aufnahmeantrag zur „Diabetes Gesellschaft Sachsen-Anhalt e.V.“

Ich nehme zur Kenntnis, dass der Vorstand über den Aufnahmeantrag entscheidet.

Höhe des Mitgliedbeitrages

Der Mitgliedsbeitrag beträgt für ordentliche Mitglieder 30,00 €

Der Mitgliedsbeitrag beträgt für assoziierte Mitglieder 10,00 €

Er wird jährlich erhoben. Bezahlung ist ausschließlich mittels Lastschrift möglich (Siehe unten).

Die Mitgliedschaft soll erfolgen als:

Ordentliches Mitglied

Assoziiertes Mitglied

Personalien (Daten werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen gespeichert)

Bitte deutlich schreiben

Name

Vorname

geb. am:

Titel

tätig als

In Klinik / Praxis

Anschrift	dienstlich	privat
Strasse		
PLZ, Ort		
fon		
Fax		
Email		

Rechtsverbindliche Unterschrift

Datum:

Unterschrift:

SEPA-Lastschriftmandat Gläubiger-ID: DE7ZZZ00001530206; Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Ich bevollmächtige die Diabetesgesellschaft Sachsen-Anhalt e.V. die Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGSA e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

Kreditinstitut

Datum / Unterschrift des Kontoinhabers