



BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich möchte Mitglied in der Schleswig Holsteinischen Gesellschaft für Diabetes e.V. werden.

Name, Vorname:

Titel:.....

Beruf:.....

Geburtstag:.....

Anschrift Privat / Dienstlich (bitte zutreffendes unterstreichen)

Name der Einrichtung:.....

Straße:.....

Ort:.....

Telefon:.....

E-mail:.....

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 15,00 Euro/Jahr (Stand 03/2017)

Der Mitgliedsbeitrag wird per Bankeinzug eingezogen.

Datum:

Unterschrift:

Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich die Schleswig Holsteinische Gesellschaft für Diabetes e.V. bis auf schriftlichen Widerruf den von mir zu errichtenden Beitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Name des Kontoinhabers:.....

Geldinstitut:.....

Kontonummer:.....

Bankleitzahl:.....

IBAN:.....

BIC:.....

Datum:

Unterschrift: