



Diabetiker Niedersachsen e.V.

Mitgliederverwaltung
Schlesierstr. 9
38312 Ohrum



Ich trete dem Diabetiker Niedersachsen e.V. bei als

(bitte ankreuzen)

Vollmitglied, monatlich 5,50 € inkl. Diabetes Journal*

Familienmitglied (kostenlose zusätzliche Mitgliedschaft in einem Haushalt)

Fördermitglied _____ € jährlich (mind. 250 €) inkl. Diabetes Journal

MITGLIEDSANTRAG

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Typ 1
 Typ 2
 anderer Typ
 Typ F***
 Insulin
 Pumpe
 Tabletten
 Diät
 kein Diabetes

Bei Jugendlichen Namen des gesetzl. Vertreters: _____

Ort & Datum:

Unterschrift**:

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den Diabetiker Niedersachsen e.V., Schlesierstraße 9, 38312 Ohrum, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Diabetiker Niedersachsen e.V. gezogenen SEPA Lastschriften einzulösen.

IBAN: _____

BIC: _____ Name der Bank: _____

Kontoinhaber: _____

Ort & Datum:

Unterschrift:

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

*Einzug jeweils für 1 Jahr (ggf. anteilig) **bei Jugendlichen des gesetzl. Vertreters ***Mitglied einer Familie mit einem Kind mit Diabetes