



## 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. 150 €) 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