

Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Mitgliedschaft im Diabetikerbund Bayern e.V.
(bei Minderjährigen wird das Kind als Mitglied aufgenommen)

Mitgliedsbeitrag 5,50 Euro/Monat (ab 01.01.2013, Abbuchung erfolgt jährlich)

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>		
Straße	<input type="text"/>	PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Diabetes seit	<input type="text"/>		
Datum	Unterschrift				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				

bei Familienmitgliedschaft bitte „Ergänzung zur Familienmitgliedschaft“ ausfüllen (2. Seite);

BITTE ANKREUZEN

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ich habe Typ 2 Diabetes | <input type="checkbox"/> Ich Habe Typ 1 Diabetes |
| <input type="checkbox"/> komme mit Diät aus | <input type="checkbox"/> spritze Insulin |
| <input type="checkbox"/> nehme Tabletten | <input type="checkbox"/> trage eine Insulinpumpe |
| <input type="checkbox"/> spritze Insulin | |
- Bitte lassen Sie mein bestehendes Diabetes-Journal-Abonnement umstellen.
 Schicken Sie mir bitte einen Antrag für die Gruppensterbegeldversicherung
 Schicken Sie mir bitte das Formular „Beratungsanfrage für Versicherungsmöglichkeiten“

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

(Sie erleichtern uns die Arbeit und helfen uns Kosten sparen)

Hiermit ermächtige ich den Diabetikerbund Bayern e.V. bis auf Widerruf den jeweils satzungsgemäßen Mitgliedsbeitrag einzuziehen.

Kontoinhaber	<input type="text"/>	Kontonummer	<input type="text"/>
Bank	<input type="text"/>	Bankleitzahl	<input type="text"/>

Ort, Datum	Unterschrift des Kontoinhabers
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ergänzung Familienmitgliedschaften zu Hauptmitglied

Name Vorname
Straße PLZ Ort
Datum Unterschrift

FOLGENDE FAMILIENMITGLIEDER SOLLEN **KOSTENLOS** AUFGENOMMEN WERDEN

(möglich für alle Familienmitglieder mit gleicher Adresse)

Name Vorname
Geburtsdatum Kein Diabetes Typ 1 Diabetes Typ 2 Diabetes
Unterschrift (bei Kindern unter 18 Jahren nicht erforderlich)

Name Vorname
Geburtsdatum Kein Diabetes Typ 1 Diabetes Typ 2 Diabetes
Unterschrift (bei Kindern unter 18 Jahren nicht erforderlich)

Name Vorname
Geburtsdatum Kein Diabetes Typ 1 Diabetes Typ 2 Diabetes
Unterschrift (bei Kindern unter 18 Jahren nicht erforderlich)

Name Vorname
Geburtsdatum Kein Diabetes Typ 1 Diabetes Typ 2 Diabetes
Unterschrift (bei Kindern unter 18 Jahren nicht erforderlich)

Senden Sie den Antrag bitte per Post oder Fax an folgende Adressen:

Per Post:

Diabetikerbund Bayern e. V.
Landesschatzmeisterin
Frau Verena Hädrich
Osloer Straße 6
91056 Erlangen

Per Fax:

Diabetikerbund Bayern e. V.
Verena Hädrich
09131 - 990575