

Antrag auf Aufnahme in die Deutsche Diabetes-Gesellschaft e.V.

Bitte in Druckschrift ausfüllen und per Post senden an:

Deutsche Diabetes-Gesellschaft e.V.
Bürkle de la Camp-Platz 1

44789 Bochum

Antrag zur Aufnahme als (bitte ankreuzen):

Ordentliches Mitglied (Beitrag € 100,- p.a.)

- auf dem Gebiet des Diabetes mellitus durch wissenschaftliche Tätigkeit hervorgetreten (vgl. beigefügte Publikationsliste in Kopie)
 approbierter Arzt oder Diplom-Psychologe, der sich in besonderer Weise der Diabetesbehandlung widmet

Assoziiertes Mitglied (Beitrag € 20,- p.a.)

- Angehörige med. Ass.-Berufe mit von der DDG anerkannter Ausbildung (vgl. beigefügter Nachweis in Kopie)
 Student/-in mit Interesse an der Diabetologie (vgl. beigefügte Studienbescheinigung in Kopie)

Förderndes Mitglied (Beitrag: _____ mind. € 1.000,- p.a.)

Begründung: _____

Ich bin tätig in/an/bei/als:

- Universitätsklinik akad. Lehrkrankenhaus sonstiges Krankenhaus Praxis/niedergelassener Arzt
 Forschung Industrie Reha-Einrichtung

Nachname

Titel

Vorname

Dienststellung

Geburtsname

Geburtsdatum

dienstlich

privat (bitte angeben)

Einrichtung (Praxis, Klinik, usw.)

Name

Straße

Straße

PLZ/Stadt

PLZ/Stadt

Telefon

Telefon

Fax

Fax

Email

Email

Nach der Satzung der DDG ist für die Aufnahme in die Gesellschaft die Bürgschaft zweier Ordentlicher DDG-Mitglieder notwendig. Diese sind auf der Rückseite aufgeführt. Dies gilt nicht für Fördernde Mitglieder.

Antrag auf Aufnahme in die Deutsche Diabetes-Gesellschaft e. V.

Als Ordentliche Mitglieder der Gesellschaft bürgen wir für die umseitige Persönlichkeit und empfehlen die Aufnahme in die DDG:

1. Bürge

Nachname

Vorname

Titel

Ort

Datum

Unterschrift

Datum

2. Bürge

Nachname

Vorname

Titel

Ort

Datum

Unterschrift

Unterschrift für den Aufnahmeantrag

Gewünschtes Aufnahmejahr:
(volle Beitragspflicht entsteht im Aufnahmejahr)

- laufendes Kalenderjahr
 nächstes Kalenderjahr

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschriften

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zulasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein/unsere Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Bank

Konto-Nr.

BLZ

Name und Anschrift des Kontoinhabers (falls nicht mit Antragsteller identisch)

Änderungen meiner/unserer Bankverbindung werde(n) ich/wir Ihnen unaufgefordert mitteilen und andernfalls alle Ihnen dadurch entstehenden Kosten ersetzen.

Datum

Unterschrift für die Einzugsermächtigung

Wir speichern Ihre Daten elektronisch und übermitteln sie im Rahmen der satzungsmäßigen Aufgaben der Gesellschaft an Dritte. Mit Stellen des Aufnahmeantrags erklären Sie sich damit einverstanden. Stand: 01.01.2006