



Aufnahmeantrag Mitgliedschaft

Bitte senden Sie den ausgefüllten Aufnahmeantrag per Post an:
Arbeitsgemeinschaft Diabetologie und Endokrinologie Rheinland-Pfalz e. V.
Hindenburgwall 1, 56626 Andernach

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Arbeitsgemeinschaft Diabetologie und Endokrinologie Rheinland-Pfalz e. V.

Name, Vorname, Titel: _____

Beruf/ Fachgebiet: _____

Bisherige Tätigkeiten: _____

Geburtsdatum: _____

Dienstlich: Anschrift: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____

Privat: Anschrift: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____

Erhebungsbogen der Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft Diabetologie und Endokrinologie Rheinland-Pfalz e.V. Regionalgesellschaft der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (Daten nur zum internen Gebrauch)

Spezialisierung: (zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| - prakt. Arzt | <input type="checkbox"/> | Diabetologe DDG..... | <input type="checkbox"/> |
| - Arzt für Allgemeinmedizin..... | <input type="checkbox"/> | Endokrinologe..... | <input type="checkbox"/> |
| - Facharzt für Innere Medizin..... | <input type="checkbox"/> | Sonstige | <input type="checkbox"/> |
| | | (welche?) _____ | |

diabetologische Schwerpunktpraxis... regelmäßige Diabetikerschulungen....

Mitglied in verschiedenen diabetologischen Vereinigungen:

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Deutsche Diabetes-Gesellschaft..... | <input type="checkbox"/> | ANDA | <input type="checkbox"/> |
| AND..... | <input type="checkbox"/> | Andere | <input type="checkbox"/> |
| | | (welche?) _____ | |

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei berechtigtem Interesse meine Adressen in die Homepage der ADE gestellt, an Diabetikerverbände und sonstige diabetesrelevante Institutionen auf Vorstandsbeschluss weitergegeben werden können.

Datum

Stempel/Unterschrift



Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige hiermit widerruflich die ADE, den jeweils gültigen Mitgliedsbeitrag zur ADE per Lastschrift von meinem unten genannten Konto einzuziehen.
Der Mitgliedbeitrag wird jährlich zum 1. März eingezogen.

Name: _____

Konto: _____

BLZ: _____

Bank: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____