**Aufnahmeantrag Mitgliedschaft**

Wir bitten den ausgefüllten Aufnahmeantrag

per Post an Frau Elfi Käse, Sekretariat-ADE, Am Sauerbrunnen 36, 56651 Niederzissen

per Fax an 02636966 4388 oder eingescannt per Mail an e.kaese@ade-rlp.de

zu schicken

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

Name, Vorname, Titel: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Beruf / Fachgebiet: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Bisherige Tätigkeiten: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Geburtsdatum: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Dienst:** Anschrift: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Telefon: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Telefax: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

E-Mail: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Privat:** Anschrift: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Telefon: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Telefax: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

E-Mail: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**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 …………… [ ]  Arzt für Allgemeinmed. ………. [ ]  FA Innere Med. ………. [ ]

Diabetologe DDG ….. [ ]  Endokrinologe ………………… [ ]  Sonstige ………………. [ ]

 (welche?) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**diabetologische Schwerpunktpraxis** …[ ]  regelmäßige Diabetikerschulungen … [ ]

**Mitglied in verschiedenen diabetologischen Vereinigungen:**

Deutsche Diabetes-Gesellschaft …………[ ]  ANDA ……… [ ]  AND …… [ ]
Andere .[ ]  (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 **Mitgliedsbeitrag in Höhe von 40,-- € pro Jahr** per Lastschrift von meinem unten genannten Konto einzuziehen.

Der Mitgliedbeitrag wird jährlich zum 1. März bzw. den nächsten Werktagen im März eingezogen.

Name Antragsteller: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

IBAN: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

BIC: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Name der Bank: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift