



Aufnahmeantrag Mitgliedschaft

Bitte senden Sie den ausgefüllten Aufnahmeantrag per Post an:
Arbeitsgemeinschaft Diabetologie und Endokrinologie Rheinland-Pfalz e. V.
Sekretariat Frau Elfi Käse, Postfach 22, 56649 Niederzissen

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

Name, Vorname, Titel: _____

Beruf/ Fachgebiet: _____

Bisherige Tätigkeiten: _____

Geburtsdatum: _____

Dienst: 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 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?) _____

Wir speichern Ihre Daten elektronisch und übermitteln sie ausschließlich im Rahmen der satzungsgemäßen Aufgaben der Gesellschaft an Dritte, z.B. zum Zwecke der Mitgliederverwaltung. Mit Stellen des Aufnahmeantrages erklären Sie sich damit einverstanden.

Datum

Unterschrift / Stempel

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige hiermit widerruflich die ADE, den **Mitgliedsbeitrag in Höhe von 20,-- € im Jahr** per Lastschrift von meinem unten genannten Konto einzuziehen.

Der Mitgliedbeitrag wird jährlich zum 1. März bzw. dem 1. Werktag im März eingezogen.

Name Antragsteller: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Name der Bank: _____

Datum

Unterschrift