

Antrag

zur Aufnahme in die Hessische Fachvereinigung für Diabetes e.V. (HFD)
Landesgruppe Hessen der Deutschen Diabetes-Gesellschaft, Sitz Gießen

Name: _____

Vorname: _____

Titel: _____ Geb.-Datum: _____

Dienstanschrift: _____

Straße: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Privatanschrift:

Straße: _____

PLZ und Ort: _____

Hiermit stelle ich den Antrag, als ordentliches Mitglied assoziiertes Mitglied
 förderndes Mitglied

in die **Hessische Fachvereinigung für Diabetes (HFD) e.V.** aufgenommen zu werden und weise auf die Empfehlungen durch zwei Bürgen hin:

Als Mitglieder der Hessischen Fachvereinigung für Diabetes bürgen wir für die Persönlichkeit des / der Antragstellers / in und empfehlen die Aufnahme als Mitglied in die Hessische Fachvereinigung für Diabetes.

Name in Druckschrift

Unterschrift

Name in Druckschrift

Unterschrift

Die **Jahresmitgliedsbeiträge** (bitte zutreffendes ankreuzen) betragen

€ 40,-- für ordentliche Mitglieder

€ 15,-- für assoziierte Mitglieder

€ _____ für fördernde Mitglieder (mind. € 250,--)

Gläubiger-Identifikationsnummer DE82ZZZ00000300066

Ich ermächtige die Hessische Fachvereinigung für Diabetes (HFD) e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Hessischen Fachvereinigung für Diabetes (HFD) e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. **Zahlungsart:** Wiederkehrende Zahlung.

Vor- und Nachname (Kontoinhaber/in): _____

IBAN*: _____

BIC* (8 oder 11 Stellen): _____

*Ihre IBAN und den BIC finden Sie auf Ihrem Kontoauszug oder z.B. auf Ihrer Bankkarte bzw. im Online-Banking Ihrer Bank oder Sparkasse.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Rücksendung des Aufnahmeantrags an:

Geschäftsstelle der Hessischen Fachvereinigung für Diabetes e.V.
c/o Medizinische Klinik und Poliklinik III • UKGM GmbH Standort Gießen
Frau Barbara Schultz • Klinikstraße 33 • 35392 Gießen