



Diabetesnetz Breisgau e. V.
Markgrafenstraße 35
79211 Denzlingen
Fax: 0761 27 03 41 30
Mail: info@diabetesnetz-breisgau.de

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum **Diabetesnetz Breisgau e. V.**
(Bitte deutlich und in Druckschrift ausfüllen)

Name, Vorname, Geb.datum
Straße und Hausnummer
PLZ / Ort
Telefon Praxis / Klinik
Fax Praxis / Klinik
E-Mail
Fachgebiet / Beruf

Mitgliedsbeitrag: **30,- €/Jahr Ärzte u. Apotheker/ 15,- €/Jahr nicht ärztl. Mitglieder**

Ort, Datum

Unterschrift

Bank-Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich das Diabetesnetz Breisgau e. V. bis auf Widerruf, den für die o. a. Person fälligen jährlichen Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift einzuziehen. Der Einzug soll zu Lasten des nachstehend aufgeführten Girokontos erfolgen.

Bankverbindung IBAN:
BIC:
Konto-Inhaber:

Falls das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung der Lastschrift.

Ort, Datum, Unterschrift