

Antrag

zur Aufnahme in die Hessische Diabetes Gesellschaft e.V. (HDG)
Regionalgesellschaft 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 Diabetes Gesellschaft e.V. (HDG)** aufgenommen zu werden und weise auf die Empfehlungen durch zwei Bürgen hin:

Als Mitglieder der Hessischen Diabetes Gesellschaft e.V. (HDG) bürgen wir für die Persönlichkeit des/ der Antragstellers/in und empfehlen die Aufnahme als Mitglied in die HDG.

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 Diabetes Gesellschaft e.V. (HDG), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Hessischen Diabetes Gesellschaft e.V. (HDG) 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: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Rücksendung des Aufnahmeantrags an:

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