Dr. med. Björn Paschen

Schatzmeister der HGD

Am Wall 1

21073 Hamburg

**Beitrittserklärung**

Hiermit beantrage ich/ erkläre ich\* die Mitgliedschaft in der Hamburger Gesellschaft für Diabetes e.V. als

Mitglied Förderndes Mitglied

Name: Vorname: Geb.Datum: Titel:

**Privatadresse:**

Straße:

Ort:

Telefon:

Fax:

Email:

**Dienstadresse:**

Institution/Abt.:

Straße:

Ort:

Telefon:

Fax:

Email:

Mitglied der DDG: ja nein

Berufsbezeichnung: Funktion:

Sendungen der Gesellschaft möchte ich erhalten an meine Privatadresse Dienstadresse

Mit der Speicherung meiner Daten ausschließlich für Zwecke der Hamburger Gesellschaft für Diabetes e.V. bin ich einverstanden.

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

Ort, Datum Unterschrift

**Einzugsermächtigung**

Hiermit ermächtige ich die Hamburger Gesellschaft für Diabetes e.V., den Mitgliedsbeitrag gemäß der aktuellen Beitragsordnung jährlich von meinem Konto einzuziehen. Meine Bankverbindung lautet:

Falls abweichender Kontoinhaber: Name: Vorname:

IBAN DE

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

Ort, Datum Unterschrift