

# DEUTSCHER DIABETIKER BUND

Landesverband Hamburg e. V.



## BEITRITTSERKLÄRUNG

Diabetikerbund Hamburg e.V.  
Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg

**Ich beantrage die Mitgliedschaft im  
Diabetikerbund Hamburg e. V.  
Der Jahresbeitrag beträgt zurzeit 55,00€**

Herr  Frau  Titel

Name, Vorname

Straße

Postleitzahl

Ort

Telefon

E-Mail

**Die Satzung des Vereins erkenne ich an. Ein Austritt kann nur zum 31.12. eines Jahres erfolgen.**

**Voraussetzung dafür ist, dass die Austrittserklärung bis 30. November schriftlich dem Verein zugeht.**

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds oder des gesetzl. Vertreter

### SEPA-Lastschriftmandat

Diabetikerbund Hamburg e.V. Humboldtstraße 56 · 22083 Hamburg

Gläubiger-Identifikationsnummer **DE52ZZZ00000205352** Mandatsreferenz \*

Ich ermächtige den Diabetikerbund Hamburg e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Diabetikerbund Hamburg 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.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name ( Kontoinhaber )

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut ( Name )

**IBAN: D E** \_ \_ \_ \_ \_

**BIC:** \_ \_ \_ \_ \_

Mandat gilt für einmalige Zahlung

Mandat gilt für wiederkehrende Zahlung

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des / der Kontoinhaber

\* Die Mandatsreferenz-Nr. wird dem Kontoinhaber mit einer separaten Ankündigung über den erstmaligen Einzug des Lastschriftbetrages mitgeteilt.