

# OFFIZIELLES FÖRDERMITGLIED

des

## DEUTSCHER DIABETIKER BUND

Landesverband Hamburg e. V.



<b>Ja</b>	Ich möchte den Deutschen Diabetiker Bund Landesverband Hamburg e.V. als Förderer finanziell unterstützen und beantrage die Fördermitgliedschaft (Jahresförderbeitrag z.Zt. min. Euro 105,00) ab dem Monat: _____ Jahr : _____:
-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Beitrittserklärung:

<b>Herr      Frau</b>		Titel	
Name, Vorname bzw. Firma			
Straße		Hausnummer	
Postleitzahl		Ort	
Telefon	Fax		e-Mail (falls vorhanden)
Beruf bzw. Gewerbe			
Mein jährlicher Förderbeitrag beträgt (min. Euro 105,00)			
Ort, Datum		Unterschrift	

### SEPA-Lastschriftmandat

Deutscher Diabetiker Bund LV Hamburg e.V. Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Gläubiger-Identifikationsnummer **DE52ZZZ00000205352**

Mandatsreferenz \*

Ich ermächtige den Deutschen Diabetiker Bund LV Hamburg e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Deutschen Diabetiker Bund LV 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 und

BIC

IBAN:

Mandat gilt für einmalige Zahlung

Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen

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

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

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