

**Aufnahmeantrag**

an das Diabetes-Schulungs-Zentrum Schwäbisch Gmünd e.V.  
Geschäftsstelle Mitgliederdatei: c/o A.v.Bandemer, Wetzgauerstr.85, 73557 Mutlangen

Familienname		Vorname	
Beruf		Arbeitsstelle / Praxis etc.	
Tel.privat/mobil		Tel.dienstl	
e-mail		Fax	
Wohnort- Postleitzahl		Wohnort	
Straße		Geburtsdatum	

Beginn der Mitgliedschaft:..... Mitgl.Nr.:.....  
(bitte Datum einsetzen) (bitte **nicht** ausfüllen)

**Ich beantrage die Mitgliedschaft in dem Diabetes-Schulungs-Zentrum Schwäb. Gmünd (e.V.)**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten gespeichert werden.

**Datum:**.....

**Unterschrift:**..... Das DSZ bittet zur Verwaltungsvereinfachung um eine Einzugsermächtigung für die Beiträge:

**Einzugsermächtigung**

Die Einzugsermächtigung dient zum Abbuchen des Mitgliedsbeitrags.

Der derzeitige Mitgliedsbeitrag für **Einzelmitglieder beträgt EUR 20,00;** für **Praxen bis 5 Ärzte** je Arzt EUR 20,00;  
für Institutionen / Firmen EUR 77,-,

Beim **Wechseln des Kontos teile ich dies dem Diabetes-Schulungszentrum mit**, damit keine unnötigen Kosten entstehen.

Ohne eine Einzugsermächtigung werden Sie gebeten, nach Rechnungserhalt den Beitrag auf das Konto zu überweisen:

**DE40 6140050 0800 2901 99 bei der Kreissparkasse Ostalb .**

**Bank:** \_\_\_\_\_

**IBAN** \_\_\_\_\_ **BIG** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_ **Name:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

vom Kontoinhaber zu unterschreiben