



DDB

Deutscher Diabetiker Bund
Landesverband Hamburg e.V.

Deutscher Diabetiker Bund
Landesverband Hamburg e.V.
Heidenkampsweg 99
20097 Hamburg

**Ich beantrage die Mitgliedschaft im
Deutschen Diabetikerbund Landesverband Hamburg e.V.**

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Titel	
Name, Vorname bzw. Firma		Straße	
Geburtsdatum bei natürlichen Personen		PLZ	Ort
Telefon	Fax	E-Mail	

Die Satzung des Vereins erkenne ich an.
Ein Austritt kann unter Einhaltung einer vierteljährlichen Kündigungsfrist zum Ende eines Jahres erfolgen.
Dieses erfolgt durch eine schriftliche Erklärung an den Vorstand

Ort, Datum	Unterschrift des Mitglieds oder des gesetzl. Vertreter
-------------------	---

SEPA-Lastschriftmandat

Deutscher Diabetiker Bund LV Hamburg e.V. Heidenkampsweg 99 20097 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)
BIC	
IBAN:	
<input type="checkbox"/> Mandat gilt für einmalige Zahlung	<input type="checkbox"/> 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.