

Beitrittserklärung

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen. Vielen Dank.

Frau Herr

Name:	Vorname:	Titel:
Straße:		
PLZ:	Ort:	
Telefon:	Telefon geschäftlich:	
Fax:	E-Mail:	

Berufsgruppe

<input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt	<input type="checkbox"/> Diabetesberaterin	<input type="checkbox"/> Lehre
<input type="checkbox"/> Pflegeberuf	<input type="checkbox"/> Diabetesassistentin	<input type="checkbox"/> Technik
<input type="checkbox"/> Medizinischer Assistenzberuf	<input type="checkbox"/> Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Justiz	<input type="checkbox"/> Management	<input type="checkbox"/> _____

Beitrag

Bitte überweisen Sie den Jahres-Beitrag in Höhe von **25 €** auf das Konto Nr. 40 34 11 33
BLZ 710 520 50 bei der Kreissparkasse Traunstein innerhalb von zwei Wochen.
IBAN DE81 7105 2050 0040 3411 33, BIC BYLADEM1TST

Datenschutz

Die persönlichen Informationen werden elektronisch gespeichert und sind ausschließlich zur Verwendung innerhalb des Verbandes bestimmt (Verwaltung, Korrespondenz, Mitgliederlisten) sowie zur Versendung von Veröffentlichungen. Mit Unterzeichnung der Beitrittserklärung geben Sie ausdrücklich Ihre Einwilligung zur Datenerfassung.

Informationen zur Diabetes-Akademie-Mitgliedschaft

Die Mitgliedsdauer beginnt mit Eingang des Mitgliedsbeitrages auf das Konto der Diabetes-Akademie Südostbayern e. V.
Die Kündigungsfrist ist entsprechend der Satzung.
Die Mitgliedschaft ist nicht übertragbar.

Ort, Datum

Unterschrift