

## A n t r a g auf Aufnahme in die DDG

Deutsche Diabetes Gesellschaft  
Albrechtstr. 9  
10117 Berlin

**als** (bitte ankreuzen)

- Ordentliches Mitglied (Beitrag € 125,-- p.a.)**
  - approbierter Arzt oder Diplom-Psychologe, der sich in besonderer Weise mit dem Diabetes mellitus befasst
  - auf dem Gebiet des Diabetes mellitus durch wissenschaftl. Tätigkeit hervorgetreten  
**(vgl. beigefügte Publikationsliste in Kopie)**
  - Absolvent eines Hochschulstudiums mit Schwerpunkt Diabetes  
**(vgl. beigefügte Abschlusszeugnis in Kopie)**
  
- Assoziiertes Mitglied (Beitrag € 30,-- p.a.)**
  - Angehörige med. Assistenzberufe mit einer von der DDG anerkannten Ausbildung  
**(vgl. beigefügter Nachweis in Kopie)**
  - Student mit Interesse an der Diabetologie  
**(vgl. beigefügte Studienbescheinigung in Kopie)**

**oder**

- Förderndes Mitglied **(Beitrag: .....mind. € 1.000,-- p.a.)**

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Geburtsname: .....

Titel: ..... Dienststellung: .....

Fachrichtung: .....

|  | <b>Adresse dienstlich</b> | <b>Adresse privat (bitte angeben)</b> |
|--|---------------------------|---------------------------------------|
| Einrichtung (Praxis, Name d. Klinik,...) |                           |                                       |
| Straße                                   |                           |                                       |
| PLZ, Ort                                 |                           |                                       |
| Telefon                                  |                           |                                       |
| Telefax                                  |                           |                                       |
| Email                                    |                           |                                       |

**Gewünschtes Aufnahmejahr:**       laufendes Kalenderjahr     nächstes Kj.  
(volle Beitragspflicht entsteht im Aufnahmejahr)

**Wir speichern Ihre Daten elektronisch und übermitteln sie ausschließlich im Rahmen der satzungsgemäßen Aufgaben der Gesellschaften an Dritte, z.B. an unseren EDV-Dienstleister zum Zwecke der Mitgliederverwaltung oder an den Verlag für den Zeitschriftenbezug. Mit Stellen des Aufnahmeantrags erklären Sie sich damit einverstanden. Es gilt die Satzung der Deutschen Diabetes Gesellschaft.**

---

Ort, Datum

Unterschrift **für Aufnahmeantrag und Datenschutz**

**Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschriften**

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

|  |
|--|
| Name und genaue Anschrift des Kontoinhabers<br>(falls nicht mit Antragsteller identisch) |
| Bank   |
| IBAN   |
| BIC  |

Änderungen meiner Bankverbindung werde ich Ihnen unaufgefordert mitteilen und andernfalls alle Ihnen dadurch entstehenden Kosten ersetzen.

---

Ort, Datum

Unterschrift **für die Einzugsermächtigung**