

Dr. med. Matthias Kohr
Schatzmeister der HGD
Klinik für Diabetologie im Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg
Hohe Weide 17
20259 Hamburg

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich/ erkläre ich* die Mitgliedschaft in der Hamburger Gesellschaft für Diabetes e.V. als

☐ Mitglied ☐ Förderndes Mitglied

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Datum: _____ Titel: _____

Privatadresse:

Straße: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Email: _____

Dienstadresse:

Institution/Abt.: _____

Straße: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Email: _____

Mitglied der DDG: ☐ ja ☐ nein

Berufsbezeichnung: _____ Funktion: _____

Sendungen der Gesellschaft möchte ich erhalten an meine ☐ Privatadresse ☐ Dienstadresse

Mit der Speicherung meiner Daten ausschließlich für Zwecke der Hamburger Gesellschaft für Diabetes e.V. bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die Hamburger Gesellschaft für Diabetes e.V., den Mitgliedsbeitrag gemäß der aktuellen Beitragsordnung jährlich von meinem Konto einzuziehen. Meine Bankverbindung lautet:

Falls abweichender Kontoinhaber: Name: _____ Vorname: _____

IBAN DE _____

Ort, Datum

Unterschrift

* Der Beitritt zur Hamburger Gesellschaft für Diabetes erfolgt bei Mitgliedern der DDG durch schriftliche Erklärung, bei Nichtmitgliedern durch schriftlichen Antrag beim Vorstand [Satzung § 4 (5)].