



# Diabetes - aktiv leben e. V.

Version 28.12.2025

## AUFNAHMEANTRAG

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name, Vorname  
Mitglied: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Name, Vorname  
Familienmitglied: \_\_\_\_\_

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei Diabetes - aktiv leben

| Art der Mitgliedschaft,<br>bitte <u>eine</u> Option auswählen | ohne Bezug<br>Diabetes Anker     | mit Bezug Diabetes Anker<br>Printversion | mit Bezug Diabetes Anker<br>als ePaper |
|---|----------------------------------|--|--|
| Einzelmitgliedschaft *  | <input type="checkbox"/> 8,00 €  | <input type="checkbox"/> 30,00 €         | <input type="checkbox"/> 28,00 €       |
| Familienmitgliedschaft *                                      | <input type="checkbox"/> 10,00 € | <input type="checkbox"/> 32,00 €         | <input type="checkbox"/> 30,00 €       |

\* alle genannten Beträge sind Jahresbeiträge!

Ich willige in den Erhalt von Informationsschreiben per Post/Email ein

Ort, Datum

Unterschrift

(Bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

## SEPA Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)

Diabetes - aktiv leben, Groß Gerau

Gläubiger-Identifikationsnummer: DExxxxxxxxxxxxxxxx Mandatsreferenznummer: (Ihre Mitgliedsnummer)

Ich ermächtige Diabetes - aktiv leben, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Diabetes - aktiv leben 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.

IBAN

DE \_\_\_\_\_

Bank (Name u. BIC) \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: Name, Vorname \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Bei Nichteinlösung der Abbuchung (z.B. Konto- oder Bankwechsel) zahle ich die entstandenen Kosten. Bei einem Wechsel des Geldinstituts teile ich meine neue Bankverbindung rechtzeitig mit.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ausgefüllten Antrag bitte senden an:

Gerhard Schäfer, Nordendstr. 11, 64521 Groß Gerau