

Deutsches Diabetes Museum e.V.  
c/o Michael Schimschar  
Im Hungerberg 5  
38368 Grasleben  
Fon: (0 53 57) 15 85  
Fax: (0 53 57) 16 87  
eMail: Schimschar@t-online.de



**Ja, ich möchte Mitglied werden und mit meinem Mitgliedsbeitrag das Deutsche Diabetes Museum unterstützen.**

Familienmitglied

.....  
Vorname

.....  
Vorname

.....  
Name

.....  
Name

.....  
Straße

.....  
Straße

.....  
PLZ und Wohnort

.....  
PLZ und Wohnort

.....  
Telefon

.....  
Telefon

.....  
Geburtsdatum

.....  
Beitritt ab

.....  
Geburtsdatum

.....  
Beitritt ab

**Mitgliedsbeitrag jährlich: 16,00 €**

**Mitgliedsbeitrag jährlich: 6,00 €**

**Familienmitgliedschaft jährlich: 22,00 €**

.....  
Unterschrift

.....  
Unterschrift

Bankverbindung: Volksbank Uelzen-Salzwedel eG, BIC: GENODEF1EUB  
IBAN: DE02 2586 22920011 8648 00

---

### Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

#### 1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den Verein Deutsches Diabetes Museum e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

#### 2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige das Deutsche Diabetes Museum e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Deutschen Diabetes Museum 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.

.....  
Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: D E \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

.....  
Datum, Ort und Unterschrift

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift wird mich das Deutsche Diabetes Museum e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten. Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.