



# DHH Diabetikerbund Hamburg e.V.

## Beitrittserklärung zur Platin Fördermitgliedschaft:

<b>Ja</b>	Ich möchte den Diabetikerbund Hamburg e.V. als Förderer finanziell unterstützen und beantrage die Platin Fördermitgliedschaft (Jahresförderbeitrag z.Zt. mindestens bei: Euro 2000,00) im Jahr. Monat: _____ Jahr: _____ :		
<b>Herr</b>	<b>Frau</b>	Titel	
Name, Vorname bzw. Firma			
Straße		Hausnummer	
Postleitzahl		Ort	
Telefon	Fax		e-Mail (falls vorhanden)
Beruf bzw. Gewerbe			
Mein jährlicher Förderbeitrag beträgt (mindestens Euro 2000,00)			
Ort, Datum		Unterschrift	

## SEPA-Lastschriftmandat

Diabetikerbund Hamburg e.V. Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg Gläubiger-  
Identifikationsnummer **DE52ZZZ00000205352**  
Mandatsreferenz \*

Ich ermächtige den Diabetikerbund Hamburg e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Diabetikerbund Hamburg 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.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und

BIC

IBAN:

Mandat gilt für einmalige Zahlung

Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des / der Kontoinhaber

\* Die Mandatsreferenz-Nr. wird dem Kontoinhaber mit einer separaten Ankündigung über den erstmaligen Einzug des Lastschriftbetrages mitgeteilt.