



**DDB**

Deutscher Diabetiker Bund  
Landesverband Hamburg e.V.

Deutscher Diabetiker Bund  
Landesverband Hamburg e.V.  
Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg

Mitglieds-Nr.

--	--	--	--	--	--

**Ich beantrage die Mitgliedschaft im  
Deutschen Diabetikerbund Landesverband Hamburg e.V.**

Herr  Frau

Titel

Name, Vorname bzw. Firma		Straße	
Postleitzahl		Ort	
Telefon	Fax	E-Mail	

**Die Satzung des Vereins erkenne ich an. Ein Austritt kann nur zum 31.12. eines Jahres erfolgen.  
Voraussetzung dafür ist, dass die Austrittserklärung bis 30. November schriftlich dem Verein zugeht.**

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds oder des gesetzl. Vertreter

**SEPA-Lastschriftmandat**

Deutscher Diabetiker Bund LV Hamburg e.V. Humboldtstraße 56 · 22083 Hamburg  
Gläubiger-Identifikationsnummer **DE52ZZZ00000205352**  
Mandatsreferenz \*

Ich ermächtige den Deutschen Diabetiker Bund LV Hamburg e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Deutschen Diabetiker Bund LV 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)

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IBAN:

<b>D</b>	<b>E</b>															
----------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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.