

Blickwinkel Diabetes e.V.  
c/o Lea Raak  
Offendorfer Str. 16  
23626 Ratekau



## MITGLIEDSANTRAG

Ich möchte Blickwinkel Diabetes e.V. beitreten und einen Mitgliedsbeitrag zahlen von

15€ pro Quartal (einmaliger jährlicher Einzug)

25 € pro Quartal (einmaliger jährlicher Einzug)

Name, Pronomen:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

Telefon:

PLZ, Wohnort:

Mail:

**Ort & Datum:**

**Unterschrift:**

### Datenschutz

Ich bin mit der Verarbeitung meiner o.g. personenbezogenen Daten durch den Verein zum Zweck der Mitgliederverwaltung einverstanden. Mir ist bekannt, dass über meinen Mitgliedsantrag nicht ohne dieses Einverständnis gem. Art. 6 I S.1 a) der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) entschieden werden kann. Ich kann diese Erklärung jederzeit per E-Mail für die Zukunft an [blickwinkel.diabetes@gmail.com](mailto:blickwinkel.diabetes@gmail.com) widerrufen.

**Ort & Datum:**

**Unterschrift:**

### SEPA-Lastschrift

Hiermit ermächtige ich Blickwinkel Diabetes e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA Lastschrift einzuziehen. Mein Kreditinstitut weise ich an, die SEPA Lastschriften einzulösen.

IBAN:

BIC:

Kreditinstitut:

Kontoinhaber:

**Ort & Datum:**

**Unterschrift:**