

VDBD Geschäftsstelle
 Am Eisenwald 16
 66386 St. Ingbert

Tel.: 0 68 94/5 90 83 13
 Fax.: 0 68 94/5 90 83 14
 email: info@vdbd.de

Aufnahmeantrag



Vom Verband auszufüllen:

| | | |
|------------------|----------------|----------|
| Mitgliedsnummer: | Eingangsdatum: | Erfasst: |
|------------------|----------------|----------|

Vom Antragsteller gut leserlich auszufüllen:

| | | |
|---------------------|-------------------------------|---------------|
| Name: | Vorname: | Geburtsdatum: |
| Anschrift (privat): | Name/Anschrift (Arbeitgeber): | |
| Telefon: | Telefon: | |
| Fax: | Fax: | |
| email: | email: | |

Ausbildung:

- Krankenschwester/-pfleger
- Diätassistent/-in
- Kinderkrankenschwester/-pfleger
- Arzthelfer/in
- Oecotrophologe/-in
- _____

Weiterbildung:

- zum/zur Diabetesberater/-in DDG
 Datum: Ort:
- Kurs:
- zum/zur Diabetesassistent/-in DDG
 Datum: Ort:
- Kurs:

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den diabetesDE e.V. und in den Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V.

Wir speichern Ihre Daten elektronisch und übermitteln sie im Rahmen der satzungsgemäßen Aufgaben der Vereine an Dritte. Mit Stellen des Aufnahmeantrags erklären Sie sich damit einverstanden.

 Ort, Datum

 Unterschrift

Bitte auch Rückseite ausfüllen!

| | |
|-------|----------|
| Name: | Vorname: |
|-------|----------|

Einzugsermächtigung

Ich bin einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag in Höhe von zurzeit 75,- €/Jahr bis zum 1. März des laufenden Kalenderjahres im Einzugsverfahren von folgendem Konto abgebucht wird.

Konto Nr. _____ BLZ _____

Kreditinstitut: _____

Name des Kontoinhabers: _____
(falls vom Antragsteller abweichend)

Ort, Datum

Unterschrift

Rechnungszahler

Für Rechnungszahler beträgt der Mitgliedsbeitrag zurzeit 80,- €/Jahr. Bitte überweisen Sie diesen Betrag erst nach Erhalt Ihrer Rechnung.

Ort, Datum

Unterschrift

Einverständniserklärung

Hiermit bestätige ich, _____, dass ich mit der Weitergabe meiner Privatadresse an sonstige Dritte, z. B. Verbände, Industrie, etc. einverstanden bin.

Ort, Datum

Unterschrift

Zusatzinformation zur freiberuflichen Berufstätigkeit

Ich arbeite

- ausschließlich und selbstständig freiberuflich.
- Teilzeit freiberuflich und außerdem abhängig beschäftigt in einer
 - Hausarztpraxis/ diabetisch versierten Hausarztpraxis
 - DSP
 - Klinik, Reha-Klinik, Krankenhaus u. a.
 - Schulungsverein
 - sonstige Arbeitgeber.

Ich beabsichtige, in diesem Jahr eine freiberufliche Tätigkeit aufzunehmen.

Ort, Datum

Unterschrift