

## Mitgliedsantrag

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum  
Berufsverband Deutscher Endokrinologen (BDE) e.V.

Anrede: Herr  Frau

Anschrift Privat

Titel: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Postfach: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

### Ungekürzte Dienstanschrift

Praxis/Klinik: \_\_\_\_\_

eMail (dienstl.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

eMail (privat): \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Telefon (dienstl.): \_\_\_\_\_

Postfach: \_\_\_\_\_

Telefon (privat): \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Fax (dienstl.): \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Fax (privat): \_\_\_\_\_

Mitglied der "Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie" ja  nein

Mitglied der "Deutschen Diabetes Gesellschaft" ja  nein

Mitglied bei weiteren Fachgesellschaften nein  ja

Mitglied bei weiteren Berufsverbänden nein  ja

Eintritt zum 01.  .

### Einzugsermächtigung:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der BDE die laufenden Mitgliedsbeiträge an dem jeweiligen Fälligkeitstermin zu Lasten meines angegebenen Kontos bis auf weiteres abbucht.

Betrag: 50,- € jährlich

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Diese Ermächtigung hat solange Gültigkeit, bis ich sie dem BDE gegenüber schriftlich widerrufe.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die von mir angegebenen Daten zu meiner Person unter Berücksichtigung des Datenschutzgesetzes gespeichert werden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.