



Berufsverband niedergelassener Diabetologen in Bayern e.V.
Geschäftsstelle
c/o Ramona Beer
Kampenwandstr. 2b
83278 Traunstein

Antrag zur Aufnahme in den bndb e.V.

| | | | |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--|
| Name | [Redacted] | | |
| Vorname | [Redacted] | | |
| Geburtsdatum | [Redacted] | | |
| Anschrift | [Redacted] | | |
| PLZ | [Redacted] | | |
| Ort | [Redacted] | | |
| Telefon | [Redacted] | | |
| Fax | [Redacted] | | |
| E-Mail | [Redacted] | | |
| Fachrichtung | [Redacted] | | |
| niedergelassen seit | [Redacted] | | |
| fachärztlich Sitz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| hausärztlicher Sitz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Schwerpunktpraxis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Schwerpunktpraxis seit | [Redacted] | | |
| Diabetologe/in DDG | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Diabetologe/in BLÄK | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Berufsverband niedergelassener Diabetologen in Bayern e.V. (bndb).

Ort/Datum [Redacted]

Unterschrift [Redacted]

Anlage: Informationspflicht zur Erhebung von persbez Daten nach DSGVO, Stand Mai 2018



Berufsverband niedergelassener Diabetologen in Bayern e.V.
Geschäftsstelle
c/o Ramona Beer
Kampenwandstr. 2b
83278 Traunstein

SEPA – Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)
Mandatsreferenz

DE18ZZZ00000757894

Ich / Wir ermächtige(n) den Berufsverband der niedergelassenen Diabetologen in Bayern e.V. den festgesetzten Jahresbeitrag von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Berufsverband der niedergelassenen Diabetologen in Bayern e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann /Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

| | |
|----------------------|----------------------|
| Kontoinhaber Name | <input type="text"/> |
| Kontoinhaber Vorname | <input type="text"/> |
| Strasse /Hausnummer | <input type="text"/> |
| PLZ | <input type="text"/> |
| Ort | <input type="text"/> |
| Kreditinstitut | <input type="text"/> |
| IBAN | <input type="text"/> |
| BIC | <input type="text"/> |
| Ort/Datum | <input type="text"/> |
| Unterschrift | <input type="text"/> |

Anlage: Informationspflicht zur Erhebung von persbez Daten nach DSGVO, Stand Mai 2018