



**Selbsthilfegruppe
diabetischer Kinder
und Typ 1-Diabetiker
97 e.V. Schweinfurt**

Beitrittserklärung

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ / Ort:

Telefon:

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Diabetes seit:

Jahresbeitrag: (mind. 15 €): €

Ort, Datum:

Unterschrift:



**Selbsthilfegruppe
diabetischer Kinder
und Typ 1-Diabetiker
97 e.V. Schweinfurt**

Einzugsermächtigung

Kontoinhaber:

Geldinstitut:

Kontonummer:

Bankleitzahl:

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den Vereinsbeitrag / Förderbeitrag zu Lasten meines Kontos einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des konto-führenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ort, Datum:

Unterschrift:

.....

(bei Minderjährigen Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)