



# Beitrittserklärung

Diabetes- und Schulungszentrum Schopfheim e.V., Schwarzwaldstraße 40, 79650 Schopfheim

---

## Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied im Diabetes- und Schulungszentrum Schopfheim e.V.

Name, Vorname -----

Straße und Hausnummer -----

PLZ und Ort -----

Geburtsdatum --. --. --

Telefon -----

E-Mail -----

Weitere Personen, falls Familienmitgliedschaft gewünscht:

Name, Vorname -----

Geburtsdatum --. --. --

Name, Vorname -----

Geburtsdatum --. --. --

Name, Vorname -----

Geburtsdatum --. --. --

**Jahresbeitrag;**                     Einzelmitglied                    15,00 €  
    Familienbeitrag                    20,00 €

Der Beitrag ist jährlich am 31.03. fällig. Wenn Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen, werden wir die Beiträge jeweils am 31.03. bzw. am darauffolgenden Banktag von Ihrem Konto abbuchen.

### Datenschutzerklärung:

Von den Datenschutzrichtlinien / der Datenschutzerklärung des Diabetes- und Schulungszentrums Schopfheim e.V., insbesondere auch von der Weitergabe meiner Daten an Verantwortliche und Auftragsverarbeiter und Empfänger, von dem Zweck der Datenerhebung und von meinen Rechten habe ich Kenntnis genommen, habe sie verstanden und bin damit einverstanden. Hiermit gebe ich freiwillig meine Zustimmung. Ich kann die Datenschutzerklärung jederzeit einsehen, einen Ausdruck erhalten oder über die Homepage ([www.dizescho.de](http://www.dizescho.de)) als pdf-Datei herunterladen.

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift



Diabetes- und Schulungszentrum Schopfheim e.V., Schwarzwaldstraße 40, 79650 Schopfheim

---

## SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den Zahlungsempfänger

**Diabetes- und Schulungszentrum Schopfheim e.V.**  
**Schwarzwaldstraße 40**  
**79650 Schopfheim**

Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger

**Diabetes- und Schulungszentrum Schopfheim e.V.**

unter der Gläubiger-Identifikationsnummer DE 69 ZZZ 0000 01659 55 auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:**

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Zahlungsart:**

Wiederkehrende Zahlung

Name, Vorname:  
(Kontoinhaber)

-----

Straße und Hausnummer

-----

PLZ und Ort

-----

IBAN:

-----

BIC:

-----

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift Kontoinhaber