

**Beitrittserklärung  
zur Mitgliedschaft im Deutschen Diabetiker Bund, Landesverband Sachsen-Anhalt e.V.**

\_\_\_\_\_  
Titel / Vorname / Name / Firma

Anschrift: Straße: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Hiermit beantrage ich/wir die Mitgliedschaft im Deutschen Diabetiker Bund-Landesverband als  
**Sachsen - Anhalt e.V. zum (Datum) \_\_\_\_\_ als**

(zutreffendes bitte ankreuzen)

**ordentliches Mitglied** (Mitgliedsbeitrag siehe unten)

**förderndes Mitglied mit einem Beitrag von \_\_\_\_\_ €** (Mindestbeitrag 50 Euro)

**Zusätzliche Angaben bei persönlicher Mitgliedschaft (ordentliches Mitglied)**

\_\_\_\_\_  Typ 1  Typ 2  Pumpe  
Geburtsdatum Diabetiker seit (zutreffendes bitte ankreuzen)

\_\_\_\_\_  
Gesetzlicher Vertreter (bei Minderjährigen)

Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich für

Tätigkeit und Diabetes Journal gewünscht bitte ankreuzen

Arbeitnehmer / Angestellter / Selbstständige

Rentner/ arbeitssuchend / Student / Kind / Jugendlicher

Diabetes Journal

ohne  mit

38,00 € 60,40 €

20,00 € 42,40 €

**Zusätzliche Angabe bei Fördermitgliedschaft:**

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner/in

Mit der Aufnahme in den Verein erhalte/n ich / wir Kenntnis und erkenne/n ausdrücklich

- die Satzung des Vereins,
- die jeweils gültigen Beitragssätze an.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: X \_\_\_\_\_

Deutscher Diabetiker Bund  
Landesverband S-A e.V.  
**Frau Christa Kirchhof**  
**Joachim-Quantz-Strasse 17**  
**06217 Merseburg**

**Einwilligungserklärung:**

Ich willige ein, dass der Verband meine/unsere Daten für interne  
Verbandszwecke speichern kann. Mir ist bekannt, dass ich diese  
Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

x

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige/n ich/ wir,  
Herr / Frau / Firma / Verein

Anschrift

den Deutschen Diabetiker Bund - Landesverband Sachsen-Anhalt e.V. widerruflich,  
die von mir/ uns zu entrichtenden Zahlungen gegenüber dem DDB, Landesverband Sachsen-Anhalt e.V.  
bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos

IBAN:

BIC:

bei

(genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstitutes)

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes  
keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

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

X

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Vereinbarung zu Datenschutz und Vertraulichkeit

**Selbsthilfegruppe Diabetes in** \_\_\_\_\_ **ohne SHG**

**Frau / Herr / Firma / Verein** \_\_\_\_\_

Aufgrund der neuen Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) möchten wir hier in kurzer, schriftlicher Form  
unsere Arbeitsweise und unser Ziel darstellen.

Grundsätzlich sichern wir uns gegenseitige Vertraulichkeit und Verschwiegenheit zu:

- so werden Inhalte zu gesundheitlichen und persönlichen Daten außerhalb der Gruppen nicht weitergegeben bzw. nicht in Zusammenhang mit bestimmten Personen genannt.
- Es gehört nicht zu unseren Tätigkeiten, Daten unser Mitglieder zu sammeln.
- Um jedoch in Kontakt bleiben zu können und über Veranstaltungen oder andere interne Informationen, die Mitglieder bzw. Gruppenleiter, zu informieren hat der Vorstand Zugang zu den Mitgliederdaten.
- Die Vorstandsmitglieder und Gruppenleiter verwenden die uns anvertrauten Daten nur für unsere Vereins- bzw. Gruppenzwecke und geben sie nicht an Dritte weiter.
- Soweit E-Mail Adressen vorliegen werden diese nur als Blindkopie versandt.

Sind sie einverstanden, dass wir Ihre Anschrift an den Verlag weitergeben, damit die Zeitschrift Diabetiker-Journal bzw. Mitgliederblatt an Sie direkt gesandt werden kann?

Ja

Nein

Des Weiteren möchten wir von Ihnen wissen, ob Sie Ihre Geburtstagsgrüße von uns erhalten möchten.  
Bitte kreuzen Sie dies entsprechend an.

Ja

Nein

Wir verpflichten uns die oben beschriebene Vorgehensweise umzusetzen.  
Durch Ihre Unterschrift geben Sie uns Ihr Einverständnis.

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

X

\_\_\_\_\_  
Unterschrift