

## Antrag auf Mitgliedschaft im Bundesverband Klinischer Diabetes-Einrichtungen e.V. (BVKD)

**Hiermit beantragen wir die Mitgliedschaft im Bundesverband Klinischer Diabetes-Einrichtungen e. V.:**

Name des Antragsstellers/ juristische Person:	
Name der Klinik:	
<b>Autorisierter Vertreter der Einrichtung:</b>	
Name:	
Vorname:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	Telefax:
E-Mail:	

Die gültige Satzung des BVKD (siehe <https://www.die-diabetes-kliniken.de/de/der-bvkd/satzung> ) wird von uns als verbindlich anerkannt.

Die hier gemachten Angaben werden ausschließlich für Zwecke des BVKD e.V. unter Berücksichtigung der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und anderen gesetzlichen Datenschutzvorgaben verwandt.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Name/Funktion/ Stempel)

.....  
**SEPA Lastschriftmandat**

Hiermit ermächtige ich den BVKD e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschriftverfahren einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BVKD e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

\_\_\_\_\_  
IBAN

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Name/Funktion)