

Diabetes Schulungszentrum e.V. Riedweg 11 74078 Heilbronn



## Aufnahmeantrag

Hiermit erkläre ich / erklären wir den Beitritt zum Diabetes Schulungszentrum Heilbronn e.V.:

**Name, Vorname:**

**Name, Vorname:**

**Name, Vorname:**

Die Beitragshöhe pro Jahr beträgt: 100 Euro für Einzelpraxen, 150 Euro für Gemeinschaftspraxen.

Der Jahresbeitrag kann auf das Geschäftskonto des DSZ e.V., **IBAN DE77 6005 0101 7406 5069 05** überwiesen oder auf Wunsch nach Erteilung einer Einzugsermächtigung (s. Anhang) per Lastschrift eingezogen werden.

Ort, Datum

---

---

---

Unterschriften / Praxisstempel

Diabetes Schulungszentrum e.V. Riedweg 11 74078 Heilbronn



## Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige/n ich/wir das Diabetes Schulungszentrum Heilbronn e.V., die Beitragszahlung bei Fälligkeit von meinem / unserem Konto durch Lastschrift einzuziehen.

IBAN

BIC

Geldinstitut:

Ort, Datum

---

---

---

Unterschrift(en) / Stempel