

Name, Vorname: .....

Praxis: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Diabeteszentrum Thüringen e. V.  
c/o Universitätsklinikum Jena  
Bachstraße 18  
07743 Jena

## **Kündigung**

Hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft im Diabeteszentrum Thüringen e. V.

ab .....

.....  
Datum

.....  
Unterschrift