

Diabeteszentrum Thüringen e. V.

c/o Klinik für Innere Medizin III, Universitätsklinikum Jena, 07740 Jena

Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als ordentliches Mitglied in das Diabeteszentrum Thüringen e.V. Ich bin darüber informiert, dass über den Aufnahmeantrag in der nächsten Vorstandssitzung entschieden wird. Meine Angaben werden in der Mitgliederdatei gespeichert und in Mitgliederlisten veröffentlicht.

Titel, Vorname, Nachname

Dienstadresse, Position, Abteilung

Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer

Telefon, Telefax, e-mail

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 20,00 € pro Jahr und wird per Überweisung eingezahlt.
Die Bankverbindung des o.g. Vereins lautet:

| | |
|-----------------|----------------------------|
| Kontoinhaber: | DZT |
| Kreditinstitut: | Sparkasse Jena |
| BIC: | HELADEF1JEN |
| IBAN: | DE378 305 303 0000 0231967 |

Datum, Unterschrift

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an die Geschäftsstelle des

Diabeteszentrum Thüringen e.V.
Am Klinikum 1
07747 Jena