

**An die AG „Diabetes & Schwangerschaft“ der
Deutschen Diabetes-Gesellschaft
Antrag auf Mitgliedschaft**

Name (Titel), Vorname: _____

Klinik/ Praxis: _____

Beruf / Position: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Tel. (dienstl.) _____ **Fax:** _____

E-mail (dienstl.) _____

und / oder Privatadresse: _____

(Straße, PLZ, Ort) _____

Telefon (priv.): _____ **Fax:** _____

E-mail (priv.) _____

bitte ankreuzen:

- Diabetologe Gyn./Geburtshilfe Pädiater/Neonatologe
 Diabetesberater(in) Diabetesassistent(in) Sonstige

elektronische Post an: **Klinik/Praxis (e-mail)**
 Privat-Adresse (e-mail)

Anmeldung (in Druckschrift) bitte **unterschrieben** zurück als Anhang an **E-Mail:**
ag_diabetes_schwangerschaft@gmx.de

**Mit dem Bankeinzug des Mitgliedsbeitrages von € 15,00 jährlich
erkläre ich mich einverstanden.**

Bank: _____

BIC: _____ **IBAN:** _____

Kto.-Inhaber: _____

_____ **(Datum)**

_____ **(Unterschrift)**