

**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:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetologe         | <input type="checkbox"/> Gyn./Geburtshilfe     | <input type="checkbox"/> Pädiater/Neonatologe |
| <input type="checkbox"/> Diabetesberater(in) | <input type="checkbox"/> Diabetesassistent(in) | <input type="checkbox"/> 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)**