



Aufnahmeantrag für das Diabetesnetz Osthessen e. V. (DNO)

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Nr. _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____ Email: _____

Niedergelassen: Kliniktätigkeit:

Sonstige Tätigkeit: _____

Zulassung als:

- Diabetes-Schwerpunktpraxis KVH
- Schulungszentrum DDG für Typ 1-Diabetiker
- Schulungszentrum DDG für Typ 2-Diabetiker
- DMP-Ärztin/Arzt für folgende Krankenkassen: _____

Aufnahme als:

- ordentliches Mitglied (Jahresbeitrag: 20 €)
- förderndes Mitglied (Jahresbeitrag: 52 €)
- Schulungskraft (Jahresbeitrag: 10 €)

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften erfolgt auf dem beiliegenden SEPA-Lastschrift-Mandat.

Ort, Datum

Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen

Vorstand:

Dr. med. J. Simon (1. Vorsitzender), Dr. med. T. Günther (2. Vorsitzender),
Dr. med. K. Stienecker (Schatzmeister), W. Malkmus (Schriftführer),
Dr. med. D. Handzel (Pressesprecher)

Geschäftsstelle:

Dalbergstrasse 22, 36037 Fulda, Tel. 0661-250 350, Fax: 0661-250 35 710

Kontoverbindung:

VR Genossenschaftsbank Fulda; Kto Nr: 27 12 84, IBAN: DE10530601800000271284
BLZ: 53060180, BIC: GENODE51FUL