

BVND Geschäftsstelle, c/o med info GmbH,  
Hainenbachstraße 25, 89522 Heidenheim

**BVND-Geschäftsstelle**  
Hainenbachstr. 25  
89522 Heidenheim

oder per Fax an 07321 94691-40

Ja, ich möchte assoziiertes Mitglied\* des BVND werden.

Praxisanschrift	
Titel, Vorname, Name: _____	
Praxis/Firma: _____	
Straße; Haus-Nr.: _____	
PLZ, Ort: _____	
E-Mail: _____	
Homepage: _____	
Tel.: _____ Fax: _____	
Privatanschrift	
Straße; Haus-Nr.: _____	
PLZ, Ort: _____	
E-Mail: _____	
Tel.: _____ Fax: _____	
Beitragsgruppe	
Assoziiertes Mitglied	50 EURO/Jahr



**Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V.**

**Geschäftsstelle**  
c/o med info GmbH  
Hainenbachstraße 25  
89522 Heidenheim

Telefon: 07321 9469190  
Telefax: 07321 9469140  
E-Mail: mail@bvnd.de  
Internet: www.bvnd.de

VR-Nr.: VR 661143  
Amtsgericht Ulm

**Bankverbindung**  
Deutsche Apotheker- u. Ärztebank  
Konto: 5 433 460  
BLZ: 300 606 01  
IBAN: DE57 3006 0601 0005 4334 60  
BIC: DAAEDEDXXX

**Vorsitzender**  
Dr. Nikolaus Scheper

**Stellv. Vorsitzende**  
Dr. Dorothea Reichert  
Dr. Hans-Martin Reuter

**Schatzmeisterin**  
Antje Weichard



Das Mitglied willigt mit seinem Beitritt zum Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. in die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und gegebenenfalls Weitergabe seiner Daten ein, nur soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben des Verbandes erforderlich ist (§ 28 BDSG). Der BVND sichert absolute Vertraulichkeit und Sicherheit der von ihm verwalteten Daten zu.

---

Ort, Datum Unterschrift

\*Assoziierte Mitglieder: Angestellte Ärztinnen und Ärzte in einer Einzelpraxis, einer Berufsausübungsgemeinschaft oder einem Medizinischen Versorgungszentrum in ärztlicher Hand

SEPA-Lastschriftmandat	Mandatsreferenz: (wir von Geschäftsstelle eingetragen)
<p data-bbox="220 577 1133 611">Titel; Name; Vorname: _____</p> <p data-bbox="220 645 1133 678">Straße; Haus-Nr.: _____</p> <p data-bbox="220 712 1133 745">PLZ; Ort: _____</p> <p data-bbox="220 779 1133 813">Kreditinstitut: _____</p> <p data-bbox="220 846 1050 880">IBAN: DE ____   ____   ____   ____   ____   ____</p> <p data-bbox="220 913 730 947">BIC: _____</p>	

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE51ZZZ00000454854

Hiermit ermächtige ich den Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. die wiederkehrenden Zahlungen (50,00EUR/Jahr) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, den Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

---

Ort, Datum

Unterschrift