



# Berufsverband der Diabetologischen Schwerpunktpraxen Westfalen-Lippe e. V.

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband der Diabetologischen Schwerpunktpraxen Westfalen-Lippe e. V. (BDS – WL e.V.). Die Satzung des Vereines ist mir bekannt.

-----  
(Name, Titel)

-----  
(Vorname)

-----  
(Praxisanschrift)

-----  
Telefon (dienstlich)

Telefax

Telefon (privat)

-----  
e-mail-Adresse

Der **Jahresmitgliedsbeitrag (aktuell 200€)** soll per Lastschrift eingezogen werden.

-----  
(Ort, Datum)

-----  
(Unterschrift)

## Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Berufsverband der Diabetologischen Schwerpunktpraxen Westfalen-Lippe e. V. (BDS – WL e.V.)

-----  
(Geldinstitut)

(BIC)

(IBAN.)

**Bankverbindung BDS – WL e. V.:**

Deutsche Apotheker- und Ärztebank Dortmund (BLZ: 440 606 04); Konto – Nr.: 4369319