

**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 **unterscrieben** zurück als Anhang an **E-Mail:**  
**jens.stupin@charite.de.**

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

**Bank:** \_\_\_\_\_

**BIC:** \_\_\_\_\_ **IBAN:** \_\_\_\_\_

**Kto.-Inhaber:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**(Datum)**

\_\_\_\_\_  
**(Unterschrift)**