



Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft als

- Vollmitglied** **Fördermitglied**

Der Mitgliedsbeitrag für ein Kalenderjahr beträgt:

- EUR 75,00** bei Nettoeinkommen über 500,00 EUR / Monat
EUR 38,00 bei Nettoeinkommen unter 500,00 EUR / Monat
 beitragsfrei nur im Einzelfall möglich, hierüber wird vom Vorstand entschieden

Der erste Mitgliedsbeitrag ist innerhalb von zwei Wochen nach der Aufnahmebestätigung fällig.

Alle weiteren Beiträge sind jeweils spätestens im Januar des jeweiligen Kalenderjahres fällig. Die Mitgliedschaft kann jederzeit gekündigt werden wobei der Mitgliedsbeitrag nicht (auch nicht anteilig) zurückerstattet wird.

Die aktuelle Satzung habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie an.

Die Mitgliedschaft in der AIDS-Hilfe wird erst mit Unterzeichnung der Erklärung zur Schweigepflicht wirksam.

.....
Vorname(n)

.....
Nachname(n)

.....
Straße und Hausnummer

.....
Postleitzahl und Ort

.....
Email

.....
Telefon

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Mit dieser Einzugsermächtigung beauftrage ich Sie/Euch, die fälligen Mitgliedsbeiträge von meinem Konto abzubuchen.

.....
Name des Mitglieds

.....
Anschrift

.....
Iban

.....
Name

.....
Bic

.....
PLZ und Ort der Bank

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (KontoinhaberIn)

Ich kann diesen Auftrag jederzeit schriftlich widerrufen!