AIDS-Hilfe im Märkischen Kreis e.V.

Schützenstraße 31, 58706 Menden Tel.: 02373 / 12094
Bankverbindung: Sparkasse Märkisches Sauerland H.-M.,
IBAN DE42 4455 1210 1800 0661 00
BIC WELADED1HEM

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft in der AIDS-Hilfe MK e.V.!

Name:	_____	**Vorname:**	_____
Strasse:	_____	**Telefon:**	_____
Ort:	_____	**Telefax:**	_____
Beruf:	_____	**Geburtsdatum:**	_____
Datum:	_____	**Unterschrift:**	_____

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an!

Mitgliedbeitrag:

[ ] **30,00 €** im Jahr für natürliche Personen
= 2,50 € im Monat

[ ] **60,00 €** im Jahr für juristische Personen
= 5,00 € im Monat

freiwillig: [ ] **..... € Spende im Jahr**

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

EINZUGSERMÄCHTIGUNG:

Hiermit ermächtige/n ich/wir die AIDS-Hilfe MK e.V., die von mir/uns zu entrichtenden satzungsgemäßen Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos

Nr.: _____ **bei** _____ (Geldinstitut)

Blz: _____ durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts (s. oben) keine Verpflichtung zur Einlösung.
Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Name, Vorname, genaue Anschrift _____.

_____.

Ort, Datum _____ **Unterschrift:** _____.