

AIDS-Hilfe Kassel e.V.
Motzstraße 1
34117 Kassel

Mitgliedschaft

Ich beantrage, bei der AIDS-Hilfe Kassel e.V. als Mitglied aufgenommen zu werden.

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Wohnort

Telefon ggf. Telefon an der Arbeitsstelle

E-mail Handy

Der Mitgliedsbeitrag beträgt
für Verdienner*in: mindestens 30,00 € pro Jahr
für Nichtverdienner*in: mindestens 10,00 € pro Jahr

Ich lege meinen Mitgliedsbeitrag auf jährlich _____€ fest.

- ich ermächtige die AIDS-Hilfe Kassel e.V., den Betrag von meinem Konto jährlich einzuziehen.

Name und Sitz der Bank:

IBAN:

BIC:

- ich werde den Betrag auf das Konto bei der Kasseler Sparkasse, IBAN:DE27 5205 0353 0200 0069 56, BIC: HELADEF1KAS jeweils bis zum 30. Juni eines Jahres überweisen.

Ort, Datum

Unterschrift