



Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft bei der AIDS-Hilfe Rhein-Sieg e.V.

Die Satzung der AIDS-Hilfe Rhein-Sieg e.V. erkenne ich an.

Ich möchte ab _____ (Datum) Mitglied werden.

Der **Mindestbeitrag** beträgt jährlich
für Schüler, Studenten, Arbeitslose u. Rentner
für jeden Mitgliedsmonat

48,00 €
24,00 €
4,00 € bzw. 2,00 €

Mein Jahresbeitrag	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Plz, Ort, Strasse	
Telefon, E-Mail	
Datum	Unterschrift

Zahlungsweise

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die AIDS-Hilfe Rhein-Sieg e.V. bis auf Widerruf, den Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit, zu Lasten meines Kontos abzubuchen. Die Jahresbeiträge werden jeweils am 15. Mai des Kalenderjahres fällig.

Bank	BLZ
Konto-Nr.	Inhaber/in
Datum	Unterschrift

Überweisung

auf das Konto der AIDS-Hilfe Rhein-Sieg e.V.,
VR- Bank, Rhein-Sieg eG,
BLZ 370 695 20, Konto-Nr. 130 652 60 10

Datum	Unterschrift
-------	--------------