

Gesundheitsagentur

■ AIDS-Hilfe Rhein-Sieg e.V. ■

Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft

bei der Gesundheitsagentur - AIDS-Hilfe Rhein-Sieg e.V.:

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

- Ich möchte Vollmitglied
- Ich möchte Fördermitglied werden.

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

48,00 €
24,00 €

Mein Jahresbeitrag
Beginn der Mitgliedschaft/Unterschrift

Zur Person
Name, Vorname
Geburtsdatum
PLZ, Ort, Strasse
Telefon, E-Mail

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
IBAN:	BIC:
Datum	Unterschrift

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

Bitte im Original zusenden, da sonst kein Einzug (SEPA) möglich ist.