

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 Verdienere: mindestens 30,00 € pro Jahr  
für Nichtverdiener: 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:

Konto-Nr.:

Bankleitzahl:

- ich werde den Betrag auf das Konto 200 006 956 bei der Kasseler Sparkasse, BLZ 520 503 53, jeweils bis zum 30. Juni eines Jahres überweisen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift