AIDS-Hilfe Potsdam
Wir fördern Gesundheit.

Mitgliedsantrag ordentliches Mitglied

AIDS-Hilfe Potsdam e.V.
Hebbelstraße 3
14467 Potsdam

Tel.: 0331 95130851
Fax: 0331 95130852
Mail: info@aidshilfe-potsdam.de

Ich möchte: ☐ **ordentliches Mitglied des AIDS-Hilfe Potsdam e.V. werden!**

Persönliche Angaben:
Für die folgenden Angaben ist zum Vergleich der Personalausweis vorzulegen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Name: .....
Vorname(n): .....
Pronomen: .....
Anschrift: .....
.....

Geburtsdatum: .....
Tel.: .....
E-Mail: .....

Ich zahle einen monatlichen Beitrag von mindestens:

☐ 1,50 Euro * ☐ 6,00 Euro

* gilt für Schüler*innen, Student*innen, Auszubildende, Zivildienstleistende, Empfänger*innen vonArbeitslosengeld, Sozialgeld und Grundsicherung bei Vorlage eines entsprechenden, gültigen Nachweises

Zahlungsart:

☐ halbjährlich ☐ jährlich
☐ Bankeinzug ☐ Überweisung ☐ Barzahlung

Einzugsermächtigung bei Bankeinzug
Diese Einzugsermächtigung kann jederzeit widerrufen werden.

IBAN: .....

Geldinstitut: ..... Kontoinhaber/in: .....

Ehrenamt
Ich habe Interesse daran, den AIDS-Hilfe Potsdam e.V. ehrenamtlich zu unterstützen

☐ Ja
☐ Nein

Satzung und Geschäftsordnung des AIDS-Hilfe Potsdam e.V. sind mir bekannt und ich erkenne diese an.

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

Bemerkungen des Vorstandes
Genehmigt (Datum, Unterschrift) .....