

Ich möchte: **Fördermitglied 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: Geburtsdatum:
Vorname(n): Tel.:
Pronomen: E-Mail:
Anschrift:
.....

Ich zahle einen monatlichen Beitrag von Euro

Dieser Beitrag muss laut Satzung über dem Beitrag eines ordentlichen Mitgliedes in Höhe von 6,00 Euro monatlich, beziehungsweise über 1,50 Euro monatlich für Schüler*innen, Student*innen, Auszubildende, Zivildienstleistende, Empfänger*innen von Arbeitslosengeld, liegen.

Zahlungsart:

- halbjährlich jährlich
 Bankeinzug Überweisung Barzahlung

Einzugsermächtigung bei Bankeinzug

Diese Einzugsermächtigung kann jederzeit widerrufen werden.

IBAN:

Geldinstitut: Kontoinhaber/in:

Sonstiges

Ich habe Interesse daran den AIDS-Hilfe Potsdam e.V. näher kennenzulernen

- 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)