

Beitrittsanmeldung zur
AIDS-Hilfe Kreis Siegen-Wittgenstein e.V.

Name Vorname

Geb. Datum Beruf

Straße/Hausnummer

PLZ/Wohnort Telefon

Bankverbindung:

Geldinstitut Konto-Nr. BLZ

Beitragshöhe monatlich EUR _____
Abbuchung jährlich
halbjährlich

Erklärung:

- Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der AIDS-Hilfe Kreis Siegen-Wittgenstein e.V. mit dem Ziel, die in der Satzung festgelegten Aufgaben des Vereins nach bestem Wissen und Gewissen zu fördern und zu unterstützen.
- Über die Verpflichtung zur Verschwiegenheit und über die möglichen Folgen bei Verletzung bin ich belehrt worden.
- Zugleich berechtige ich die AIDS-Hilfe Kreis Siegen-Wittgenstein e.V., den Mitgliedsbeitrag per Lastschrift von meinem oben genannten Konto abzubuchen.

Ort/Datum Unterschrift

Bankverbindung der AIDS-Hilfe
Kreis Siegen-Wittgenstein e.V.

Sparkasse Siegen Konto 1177997
BLZ 460 500 01
IBAN DE04 4605 0001 0001 1779 97