

An die  
AIDS-Hilfe Ahlen e.V.  
Königstr. 9  
59227 Ahlen

## Beitrittserklärung

1. Hiermit erkläre ich meine Mitgliedschaft bei der AIDS-Hilfe Ahlen e.V. - Beratungsstelle für den Kreis Warendorf, Königstr. 9, 59227 Ahlen.

2. Mitgliedsbeitrag für Einzelpersonen **jährlich**

**Euro 16,00**

ermäßigter Mitgliedsbeitrag (Schüler, Studenten, andere finanziell Benachteiligte mit Nachweis) **jährlich**

**Euro 11,00**

Mitgliedsbeitrag für Institutionen, Vereine usw. **jährlich**

**Euro 31,00**

Selbst festgesetzter höherer Betrag **jährlich**

**Euro \_\_\_\_\_**

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

**Name** \_\_\_\_\_

**Anschrift** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Telefon** \_\_\_\_\_

### Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie, die von mir/uns zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Girokontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

Konto \_\_\_\_\_

Bankleitzahl \_\_\_\_\_

Sollte mein/unser Konto nicht die erforderliche Deckung aufweisen, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift