



BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum

Aidshilfe Sachsen-Anhalt Nord e.V. - Zentrum für sexuelle Gesundheit.

Die Satzung vom 23.10.2020 habe ich zur Kenntnis bekommen und erkenne sie an.

reguläre Mitgliedschaft
gemäß §4 (1) der Satzung

Fördermitgliedschaft
gemäß §5 (1) der Satzung

Institution/Firma: _____

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

**Meine Beitragshöhe lege
ich wie folgt fest:**

Ich zahle verbindlich
_____,00 € pro Jahr.

**Ich zahle die Höhe, wie von der
Mitgliederversammlung beschlossen.**

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Aidshilfe Sachsen-Anhalt Nord e.V. widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden derzeit gültigen Jahresbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

DE _____

BIC _____

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Ich/Wir wurde/n darüber belehrt, dass in einem solchem Fall ich/wir die beim Aidshilfe Sachsen-Anhalt Nord e.V. entstandenen Kosten übernehmen muss/müssen.

Damit die finanzielle Belastung nicht so hoch ist, kann der Jahresbeitrag in Raten gezahlt werden.

Die Zahlungsweise wird wie folgt festgelegt: _____

Das Kleingedruckte:

Die [Datenschutzerklärung](#)
habe ich gelesen.

Hiermit abonniere ich [den Newsletter](#)
der Aidshilfe Sachsen-Anhalt Nord e.V.



Ort und Datum

Unterschrift