

<h1>BEITRITTSERKLÄRUNG</h1>		
-reguläre Mitgliedschaft- gemäß § 4 der Satzung	-Fördermitglied- gemäß § 5 (1) der Satzung	-doppelte Mitgliedschaft- gemäß § 5 (4) der Satzung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum AIDS-Hilfe Sachsen-Anhalt Nord e.V.
Die Satzung des Vereins habe ich zur Kenntnis bekommen und erkenne sie an.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:



.....

/..... (privat)

E-Mail: (privat)

Tätigkeit / Beruf:

Vorstellung meiner persönlichen Arbeit im AIDS-Hilfe Sachsen-Anhalt Nord e.V.:

.....

Meine Beitragshöhe lege ich wie folgt fest:

... wie von der Mitgliederversammlung beschlossen.

... ich zahle verbindlich pro Jahr.

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden derzeit gültigen Jahresbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos

IBAN

BIC

durch Lastschrift einzuziehen.

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 AH-MD 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:

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift