

Ich möchte:  **Fördermitglied der 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: .....  
Anschrift: ..... Tel.: .....  
..... E-Mail: .....

**Ich zahle einen monatlichen Beitrag in Höhe von.....Euro**

Dieser Beitrag muss laut Satzung über dem Beitrag eines ordentlichen Mitgliedes in Höhe von 3,50 Euro monatlich, beziehungsweise über 1,50 Euro monatlich für Schüler, Studenten, Auszubildende, Zivildienstleistende, Empfänger von Arbeitslosengeld, liegen

**Zahlungsart:**

- halbjährlich                       jährlich  
 Bankeinzug                       Überweisung                       Barzahlung

**Einzugsermächtigung bei Bankeinzug**

Diese Einzugsermächtigung kann jederzeit widerrufen werden.

IBAN: .....

Geldinstitut: ..... Kontoinhaber/in: .....

**Erfahrung:**

Ich habe Interesse an einer Mitarbeit in der AIDS-Hilfe Potsdam e.V.

- Ja, .....  
 Nein.

**Satzung und Geschäftsordnung der AIDS-Hilfe Potsdam e.V. sind mir bekannt und ich erkenne sie an.**

**Potsdam, den .....**                      **Unterschrift:** .....

**Bemerkungen des Vorstandes**

Genehmigt (Datum, Unterschrift) .....