

**Adresse**Kieler Str. 51  
24534 Neumünster**Büro**

(04321) 66 8 66

**Verwaltung**

(04321) 26 04 33

**Fax**

(04321) 26 04 34

**Öffnungszeiten**Mo. 10-17 Uhr  
Di. 09-15 Uhr  
Mi. und Do. 10-15 Uhr**Persönliche Beratung**

nach Vereinbarung

## Aufnahmeantrag

Hiermit trete ich der Aids-Hilfe Neumünster e.V. bei.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung der Aids-Hilfe Neumünster e.V. in allen Punkten an.

Über den Aufnahmeantrag entscheidet der Vorstand der Aids-Hilfe Neumünster e.V.. Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt mindestens 15 €. Der Jahresbeitrag muss bis zum 31. März eines jeden Jahres beglichen werden.

---

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
----------	---------	--------------

---

Postleitzahl	Wohnort	Straße und Hausnr.
--------------	---------	--------------------

---

Telefonnummer	eMail Adresse
---------------	---------------

Als Mitgliedsbeitrag möchte ich jährlich \_\_\_\_\_ € zahlen.

---

Ort und Datum	Unterschrift
---------------	--------------

---

Für den Vorstand der Aids-Hilfe Neumünster e.V.

---

Ich ermächtige die Aids-Hilfe Neumünster e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Aids-Hilfe Neumünster e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

---

Kreditinstitut	IBAN-Nr.
----------------	----------

---

Datum und Unterschrift
------------------------