

AdresseKieler Str. 51
24534 Neumünster**Büro**

(04321) 66 8 66

Verwaltung

(04321) 26 04 33

Fax

(04321) 26 04 34

ÖffnungszeitenMo. 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
