

Ja, ich unterstütze die AIDS-Hilfe Goslar e.V. -Harzregion-

___ Ich möchte aktiv mitarbeiten und bitte um Kontaktaufnahme.

___ Ich möchte ordentliches Mitglied werden und bezahle einen monatlichen Beitrag von _____ €
(mindestens 1,50 €)

Name Vorname:	
Straße:	
Plz Ort:	
Tel:	
Email:	

Ort und Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die AIDS-Hilfe Goslar e.V. -Harzregion- meinen Mitgliedsbeitrag in der oben angegebenen Höhe ___ monatlich, ___ vierteljährlich, ___ halbjährlich, ___ jährlich (bitte ankreuzen) zu Lasten meines Kontos, **IBAN** _____, **BIC** _____ durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens meiner Bank keine Verpflichtung zur Einlösung. Diese Einzugsermächtigung kann ich jederzeit widerrufen.

Ort und Datum

Unterschrift

Diesen Antrag per Brief, Email, Fax oder persönlich an :
AIDS-Hilfe Goslar e.V., Breite Str.18, 38640 Goslar, Fax: 05321-396697, Email: info@aidshilfe-goslar.de