Antrag auf Mitgliedschaft bei der AIDS-Hilfe Oldenburg e.V.

AIDS-Hilfe Oldenburg e.V.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum AIDS-Hilfe Oldenburg e.V.
Die Satzung des Vereins habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie an.

◯ Vollmitgliedschaft
(Stimm- und Wahlrecht im Verein)

◯ Fördermitgliedschaft
(passive Mitgliedschaft)

Vorname Name	
Geburtsdatum	
Straße, Nr.	
PLZ und Ort	
Telefon	
E-Mail:	
Beginn (Datum)	
Ort, Datum	Unterschrift

Mein Mitgliedsbeitrag:

◯ Regulärer Beitrag
(60€ jährlich)

◯ Ermäßigter Beitrag
(30€ jährlich)

◯ Freier Beitrag
_____€ jährlich

Zahlungsweise:

◯ Überweisung

◯ Einzugsermächtigung

Datenschutz: Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der hier angegebenen Daten durch die AIDS-Hilfe Oldenburg e.V. zur Mitgliederverwaltung mittels elektronischer Datenverarbeitung einverstanden. Meine Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

IBAN:			
Bank:		**Kontoinhaber*in:**	

Ich ermächtige die AIDS-Hilfe Oldenburg e.V. den Beitrag meiner Mitgliedschaft abzubuchen. Diese Einzugsermächtigung soll bis zu meinem schriftlichen Widerruf gegenüber der AIDS-Hilfe Oldenburg e.V. ausgeführt werden.

Ort, Datum:	**Unterschrift:**