

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 Mitgliedsbeitrag
(50€ jährlich)

Ermäßigter Mitgliedsbeitrag
(25€ jährlich)

Freiwilliger 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:
--------------------	----------------------