

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur **AIDS-Hilfe Offenburg/Ortenaukreis e. V.**
Malergasse 1
77652 Offenburg

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Mit meinem Beitritt erkenne ich die Satzung des Vereins an, insbesondere die Verpflichtung zur Verschwiegenheit.

Ich erteile folgende Einzugsermächtigung:

Geldinstitut: _____ Bankleitzahl: _____

Konto-Nr: _____

Betrag _____ Euro jährlich (mindestens 35,00 Euro)

Ich überweise _____ Euro jährlich (mindestens 35,00 Euro)
jeweils bis Ende Januar des laufenden Jahres
auf das Konto Nr. 537376 bei der
Sparkasse Offenburg/Ortenau, BLZ 664 500 50

Ort, Datum

Unterschrift