

# Ja, ich unterstütze die Braunschweiger AIDS-Hilfe e.V.

Name:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	Fax:
Email:	

- Ich möchte **aktiv mitarbeiten** und bitte um Kontaktaufnahme
- Ich möchte **ordentliches Mitglied** werden und bezahle den
- regulären Mitgliedsbeitrag von z.Z. monatlich 5,50 €
  - ermäßigten Beitrag von z.Z. monatlich 2,50 € (Stud./Arbeitslose u.a.)
  - freiwilligen höheren Beitrag von  monatlich \_\_\_\_\_€ oder  jährl. \_\_\_\_\_€
- Ich möchte **Fördermitglied** werden und die Braunschweiger AIDS-Hilfe e.V. finanziell unterstützen, bezahle einen freiwilligen Beitrag von
- monatl. \_\_\_\_\_€ oder  jährl. \_\_\_\_\_€

*Mitgliedsbeiträge und Spenden sind steuerlich absetzbar.*

*Am Jahresende erhalte ich automatisch eine Spendenbescheinigung für das Finanzamt.*

Um Verwaltungsaufwand und Kosten möglichst gering zu halten

- erteile ich die untenstehende Einzugsermächtigung

Mit der Speicherung meiner hier angegebenen Daten in der Vereinsdatei und der Buchhaltungs- EDV bin ich einverstanden (eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht!) und erkenne die Satzung an.

Ort, Datum

Unterschrift

## **Einzugsermächtigung**

Hiermit ermächtige ich die Braunschweiger AIDS-Hilfe e.V., meinen Mitgliedsbeitrag

in der oben angegebenen Höhe bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos **BIC** \_\_\_\_\_

**IBAN** \_\_\_\_\_

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.

Im Briefumschlag einsenden **oder per Fax an (0531) 580 03 – 30** Danke!

Ort, Datum

Unterschrift

An die  
Braunschweiger AIDS-Hilfe e.V.  
Eulenstraße 5

38114 Braunschweig