

# 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, bezahle den
- regulären Mitgliedsbeitrag von z.Z. monatlich 5,50 €
  - ermäßigten Beitrag von z.Z. monatlich 2,50 € (Stud./Arbeitslose u.a.)
  - freiwilligen 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 unten stehende 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 Nr. \_\_\_\_\_ Bankleitzahl \_\_\_\_\_ bei der Bank \_\_\_\_\_ 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