

# Antrag auf Mitgliedschaft in der AIDS-Hilfe Regensburg e.V.

 Name:  Vorname: 

 Straße/Nr.: 

 PLZ:  Ort:  Geburtst.: 

 Telefon:  E-Mail: 
**Ich möchte der AIDS-Hilfe Regensburg e.V. beitreten als:**

- aktives Mitglied: 30 €  
 aktives Mitglied (Studenten oder Auszubi): 15 €  
 Fördermitglied: 30 €  
 Fördermitglied: 60 €  
 Klein Unternehmen Fördermitglied: 120 €

 Meine Mitgliedschaft beginnt am  .  .  , mein Jahresbeitrag beträgt  €

- Meinen Betrag überweise ich per Dauerauftrag  
 (halbjährlich / jährlich) an das Konto:

 Konto: 10439  
 BLZ: 750 500 00  
 Sparkasse Regensburg

- Ich erteile hiermit das Einverständnis, den Betrag von  €  
 am Jahresanfang von meinem Konto abzubuchen:

 Konto Nr.: 

 Bankleitzahl: 

 Kreditinstitut: 

Die Zusendung von Informationen, erfolgen generell in neutralem Umschlag, ohne Absenderangabe bzw. Vereinsstempel.

**Ort/Datum**

**Unterschrift**

 Postanschrift:  
 Geibelplatz 3  
 93051 Regensburg  
 Tel.: 0941 / 290 70 56  
 Fax: 0941 / 290 70 53  
 Internet: www.aidshilfe-regensburg.de  
 E-Mail: vorstand@aidshilfe-regensburg.de  
 Vereinsregistereintrag, Registergericht Regensburg: VR 912

 Bankverbindung:  
 Sparkasse Regensburg  
 BLZ: 750 500 00  
 Kto.Nr.: 10 439  
**Spendenkonto: 10165**