

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