



**AIDS - Hilfe
Kreis Kleve e.V.**

**AIDS-Hilfe Kreis Kleve e. V. ,
Regenbogen 14, 47533 Kleve
Telefon: 02821 – 768131**

Wir sind Mitglied im PWV, AIDS-Hilfe NRW
und in der deutschen AIDS-Hilfe

Beitrittserklärung

Hiermit trete ich der AIDS-Hilfe Kreis Kleve e. V. als Mitglied bei. Mit der Satzung und den Zielen des Vereins erkläre ich mich einverstanden.

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Geb.Datum: _____

Telefonnummer (Festnetz): _____

Handy: _____

Beruf/besondere Kenntnisse: _____

Der Mitgliedsbeitrag beträgt zur Zeit monatlich mindestens € 5 *

Für nicht Erwerbstätige, Schüler, Studenten und Personen mit einem Nettoeinkommen unter € 500 zur Zeit monatlich mindestens € 3 *

oder ein freiwillig festgelegter monatlicher Beitrag von € _____ *

Der Beitrag ist im voraus fällig. Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die AIDS-Hilfe Kreis Kleve e. V. von nachstehend aufgeführten Konto bis auf Widerruf

halbjährlich *

jährlich im Voraus abbuchen zu lassen*

Kontonummer: _____

BLZ: _____

Bank/Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Spendenkonto:

IBAN DE 74 3246 0422 0708 181013

BIC GENUDED 1 KLL

Wir sind als gemeinnützig anerkannt, Spenden sind daher abzugsfähig. * Zutreffendes bitte ankreuzen!