

Beitrittserklärung (gültig ab 30.11.2016)

**Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den AIDS-Hilfe Thüringen e.V.,
Liebknechtstr. 8, 99085 Erfurt**

Familienname/n: _____ Vorname/n: _____ Strasse: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____ Geburtsdatum: _____ Emailadresse: _____	Eintrittsdatum: _____ Datum VST: _____ ja/nein: _____
Telefon: _____	

Die Satzung und die Beitragsordnung des Vereines erkenne ich mit meinem Beitritt an. Gem. Bundesdatenschutzgesetz bin ich damit einverstanden, dass meine o .g. Daten für den AIDS-Hilfe Thüringen e.V. im Rahmen der Mitgliederverwaltung gespeichert und vereinsintern verwendet werden.

Beitrag (Stand: 11.Januar 2013)

- | | | |
|---|-------------------------|--------------------------|
| ordentliches Mitglied: | 40.00 €/Jahr | <input type="checkbox"/> |
| ordentliches Mitglied, ermäßigt: | 20.00 €/Jahr | <input type="checkbox"/> |
| <small>(Ermäßigung muss jährlich beantragt und belegt werden)</small> | | |
| Ehrenmitglied | frei | <input type="checkbox"/> |
| Fördermitglied | ab 120.00 €/Jahr | <input type="checkbox"/> |

Eine Änderung meiner Adresse oder des Kontos gebe ich rechtzeitig bekannt. Für nicht eingelöste Lastschriften und erhöhten Aufwand zum Eintreiben der Beiträge zum angegebenen Termin werden die Kosten in Rechnung gestellt. Der Verein behält sich vor, bei fortgesetzter Nichtzahlung der Beiträge, den Ausschluss aus dem Verein vorzunehmen.

Ich bin damit einverstanden, unregelmäßig per Email oder Telefon über die Arbeit des Vereins und Vereinsveranstaltungen informiert zu werden.

 Unterschrift (bei Minderjährigen die/ der gesetzliche Vertreter)

Bitte auch auf der Rückseite ausfüllen und unterschreiben !

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger:

AIDS-Hilfe Thüringen e.V.

Liebknechtstr. 8
99085 Erfurt

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE87 AHT 000 000 567 00

Vorname und Name (Kontoinhaber/Zahler)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die AIDS-Hilfe Thüringen e.V. Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der AIDS-Hilfe Thüringen e.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut des Zahlers (Name und BIC)

IBAN: D E __ | ____ | ____ | ____ | ____ | __

Ort, Datum, Unterschrift/en des/der Zahler/s

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift wird mich / uns die AIDS-Hilfe Thüringen e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.