



**Absender:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Ich möchte:**

- Mitglied werden (Beitrag: mind. Euro 30,-- pro Jahr).
- die AIDS-Hilfe Frankfurt e.V. mit einer Spende in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro unterstützen.

Hiermit erteile ich widerruflich der AIDS-Hilfe Frankfurt e.V. den Auftrag, meine Spende/meinen Mitgliedsbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro

- einmalig
- monatlich
- halbjährlich
- jährlich

von meinem Konto

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_

abzubuchen.

- Ich benötige eine Spendenbescheinigung.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift