



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