

Mitgliedsantrag AIDS-Hilfe Frankfurt e.V.

Name, Vorname: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

Zahlung per Lastschrift

Hiermit erteile ich der AIDS-Hilfe Frankfurt e.V. widerruflich den Auftrag meinen Mitgliedsbeitrag in Höhe von _____ € (mind. 30,00 € pro Jahr) von meinem Bankkonto im folgenden Rhythmus abzubuchen:

jährlich halbjährlich quartalsweise monatlich

Kontoinhaber*in: _____
IBAN: _____
Bankname _____

Zahlung per Überweisung

Wir empfehlen Ihnen die Einrichtung eines Dauerauftrags für die Überweisung Ihres Mitgliedsbeitrags in Höhe von _____ € (mind. 30,00 € pro Jahr) auf unser Konto: AIDS-Hilfe Frankfurt e.V.

IBAN: DE96 5005 0201 0000 4462 62 BIC: HELADEF1822
bei der Frankfurter Sparkasse

Unser Mitgliedsbeitrag liegt bei mindestens 30,00 € pro Jahr und ist steuerlich absetzbar. Sie erhalten eine Zuwendungsbestätigung.

Datum

Unterschrift