

## Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der AIDS-Hilfe Kaiserslautern e. V.  
Mit einer Unterschrift erkenne ich die mir ausgehändigte Satzung an.  
Die Mitgliedschaft kann von mir jederzeit ohne Angaben von Gründen gekündigt werden

Pariser Straße 23  
(Eingang  
Bleichstraße)  
67655  
Kaiserslautern

Ich möchte **aktives Mitglied** werden. (Jahresbeitrag mindestens € 40,—).  
Ich habe ein Mitsprache- und Stimmrecht bei den Mitgliedsversammlungen.  
Den Jahresbeitrag in Höhe von € \_\_\_\_\_ lasse ich per Lastschrift von meinem Konto  
abbuchen / überweise ich\*.

**Beratung**  
(0631) 19 4 11  
Mo - Fr 8.30 - 11.30  
Uhr

Ich, bzw. unten stehende Institution, möchte **Fördermitglied** werden. Der  
Jahresbeitrag ist für natürliche Personen mind. € 40,—, bei juristischen Personen  
mind. € 60,— Ich habe ein Mitsprache-, jedoch kein Stimmrecht bei den  
Mitgliederversammlungen. Den Jahresbeitrag in Höhe von € \_\_\_\_\_ lasse ich per  
Lastschrift von meinem Konto abbuchen / überweise ich\*.

**Büro**  
(0631) 18 0 99  
Mo - Fr 8.30 - 11.30  
Uhr

Ich möchte einen **einmaligen Betrag** von € \_\_\_\_\_ Spenden, und bitte um eine  
Spendenbescheinigung. (Aufgrund der Gemeinnützigkeit sind Spenden steuerlich  
abzugsfähig.)

**Telefax**  
(0631) 10 8 12

Ich möchte meinen **Mitgliedsbeitrag ändern**. Künftig möchte ich einen jährlichen  
Beitrag von € \_\_\_\_\_ zahlen. Bei höheren Beiträgen muss für das laufende Jahr  
nur anteilig nachgezahlt werden. Ein niedrigerer Beitrag gilt ab dem nächsten Jahr.

**E-Mail**  
info@kl.aidshilfe.de

**Internet**  
http://  
kl.aidshilfe.de  
http://  
www.aidshilfe-  
rlp.de

*\*nicht zutreffendes bitte streichen*

**Bankverbindung**

IBAN: DE0354050220  
0000031500  
BIC: MALADE51KLLK

Nachname / Vorname / Firma:.....

Straße, Hausnummer:.....

Konto 31 500  
BLZ 540 502 20  
Kreissparkasse  
Kaiserslautern

PLZ, Wohnort:.....

Geb.-Datum:.....

Telefon:.....

Die AIDS-Hilfe  
Kaiserslautern ist als  
gemeinnützig anerkannt.  
Spenden sind steuerab-  
zugsfähig.

Email:.....

Ort, Datum:..... Unterschrift:.....

## Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich widerruflich die AIDS-Hilfe Kaiserslautern e.V., Pariser Str. 23, 67655 Kaiserslautern,  
den von mir fälligen Jahresbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos abzubuchen.

Name des Kontoinhabers:.....

Kontonummer:..... BLZ:.....

IBAN:.....

Ort, Datum:..... Unterschrift:.....

## SEPA-Lastschriftmandat

### Zahlungsempfänger:

AIDS-Hilfe Kaiserslautern e. V.  
Pariser Str. 23  
67655 Kaiserslautern

Gläubiger Identifikationsnummer: DE95ZZZ00000437378

Mandatsreferenz: wird vom Zahlungsempfänger vergeben und separat mitgeteilt.

### Einzugsermächtigung / SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die AIDS-Hilfe Kaiserslautern e. V. Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich / weisen wir mein / unser Kreditinstitut an, die von der AIDS-Hilfe Kaiserslautern 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 belastenden Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bei der Zahlung von Mitgliedsbeiträgen über das SEPA Lastschriftmandat handelt es sich um eine jährlich wiederkehrende SEPA-Lastschrift.

### Zahlungspflichtiger:

Kontoinhaber:.....

Straße und Hausnummer:.....

Postleitzahl und Ort:.....

Kreditinstitut:.....

IBAN: DE.....

Ort / Datum:.....

Unterschrift:.....