

Unterstützen Sie den Verein durch ihre Mitgliedschaft. Senden Sie uns einfach den Antrag ausgefüllt zurück.

**AIDS-Initiative EN e. V.**  
**c/o. Ralf Terjung**  
**Südstraße 59**  
**58285 Gevelsberg**

**Mitgliedsantrag**

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der AIDS-Initiative EN e.V.

Ich möchte

\_\_\_\_\_ **Vollmitglied** \_\_\_\_\_ **Fördermitglied werden.** (zutreffendes bitte ankreuzen)

Mein Jahresbeitrag beträgt (zutreffendes bitte ankreuzen)

\_\_\_\_\_ 10 €, \_\_\_\_\_ 20 €, \_\_\_\_\_ 30 €

**SEPA-Lastschriftmandat** (für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren)

Ab dem 1. Februar 2016 werden Zahlungen im „Einheitlichen Euro-Zahlungsverkehrsraum“ (SEPA) mit dem Ziel einer Standardisierung des bargeldlosen Zahlungsverkehrs innerhalb der teilnehmenden Länder abgewickelt. der „Internationalen Bankkontonummer“ (IBAN) notwendig. Diese finden Sie in der Regel auf Ihren Kontoauszügen.

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**AIDS-Initiative EN e. V.**  
**c/o. Ralf Terjung**  
**Südstraße 59**  
**58285 Gevelsberg**

Gläubiger Identifikationsnummer: **DE08ZZZ00000163076**

Mandatsreferenz: **Wird nach Aufnahme mitgeteilt**

**SEPA-Lastschriftmandat** (für wiederkehrende Zahlungen)

Ich ermächtige die **AIDS-Initiative EN e. V.** Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der **AIDS-Initiative EN e. V.** auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber (Vorname , Name)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (freiwillig)

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

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

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

\_\_\_\_\_  
DE  
IBAN (22 Stellen)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift