

Ich finde die Arbeit der



wichtig und möchte die Ziele des Vereins durch ehrenamtliche Mitarbeit und regelmäßige finanzielle Zuwendungen unterstützen.

Ich möchte daher **Vollmitglied** der AIDS Hilfe Friesland-Wilhelmshaven-Wittmund werden.

Ich finde die Arbeit der



wichtig und möchte die Ziele des Vereins durch ehrenamtliche Mitarbeit und regelmäßige finanzielle Zuwendungen unterstützen.

Ich möchte daher **Vollmitglied** der AIDS Hilfe Friesland-Wilhelmshaven-Wittmund werden.

---

Vorname	Name	
Straße	PLZ	Ort
Unterschrift		

Der monatliche Förderbetrag beträgt 6 €.

Als SchülerIn, StudentIn, Arbeitslose/r, Wehrdienst- oder Zivildienstleistender kann der Beitrag auf Antrag auf 3 € ermäßigt werden.

Den monatlichen Mitgliedsbeitrag überweise ich auf das Konto der AIDS Hilfe Friesland-Wilhelmshaven-Wittmund.:

Sparkasse Wilhelmshaven, IBAN DE36 2825 0110 0002 0042 99

Wir empfehlen einen Dauerauftrag.

Mit meiner Unterschrift versichere ich gleichzeitig über persönliche Belange, Daten etc. von denen ich Kenntnis erhalte Stillschweigen zu bewahren.

Datum:

Unterschrift:

---

Vorname	Name	
Straße	PLZ	Ort
Unterschrift		

Der monatliche Förderbetrag beträgt 6 €.

Als SchülerIn, StudentIn, Arbeitslose/r, Wehrdienst- oder Zivildienstleistender kann der Beitrag auf Antrag auf 3 € ermäßigt werden.

Den monatlichen Mitgliedsbeitrag überweise ich auf das Konto der AIDS Hilfe Friesland-Wilhelmshaven-Wittmund.:

Sparkasse Wilhelmshaven, IBAN DE36 2825 0110 0002 0042 99

Wir empfehlen einen Dauerauftrag.

Mit meiner Unterschrift versichere ich gleichzeitig über persönliche Belange, Daten etc. von denen ich Kenntnis erhalte Stillschweigen zu bewahren.

Datum:

Unterschrift: