

**Antrag auf Mitgliedschaft**

**Mandatsreferenz:**

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in Verein „Seminarwerk-AIDS e.V.“. Mein Mitgliedsbeitrag beträgt 52,00 € jährlich. Azubis, Behinderte, Studenten o.ä. (sowie auf Antrag in speziellen Fällen) zahlen 26,00 € jährlich.

**(Die Kündigung der Mitgliedschaft ist jederzeit durch formlose schriftliche Mitteilung an den Vorstand – Adresse der Geschäftsführung – möglich.)**

**Ich bin damit einverstanden, dass meine Adresse an Institutionen, die wissenschaftliche Studien oder Informationsveranstaltungen zur AIDS-Problematik durchgeben, weitergegeben wird.**

**Ja ( )**

**Nein ( )**

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

**SEPA-Lastschrift-Mandat**

**Gläubiger-ID: DE49ZZZ00000302309**

Ich ermächtige die "Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter Nordrhein e.V." Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

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

Vorname und Nachname (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift