

AUFNAHMEANTRAG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als institutionelles Mitglied zur AIDS-AUFKLÄRUNG e.V.

Firmenname

Straße oder Postfach

PLZ

Ort

Ansprechpartner

Telefon

Telefax

e-mail

Mein Jahresbeitrag soll € _____ betragen.

(Mindestbeitrag pro Jahr € 770,-)

Ort, Datum

Unterschrift

Bankverbindung: Frankfurter Sparkasse Konto 652 652, BLZ 500 502 01