

**AUFNAHMEANTRAG**

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

---

Name

Vorname, Titel

---

geboren am

in

---

PLZ

Wohnort

---

Straße

---

Beruf

Telefon

---

Telefax

e-mail

Ich möchte aktives Mitglied werden (Stimmrecht an der Jahreshauptversammlung)

Ich möchte förderndes Mitglied werden (beratende Stimme ohne Stimmrecht)

**Der Mindestbeitrag beträgt jährlich € 50,- (für Paare € 60,-)**

---

Ort, Datum

Unterschrift