



## **Einzugsermächtigung**

gültig ab 01.01.2002

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Mitgliedsbeitrag für die AIDS-Hilfe Dortmund e.V. bis auf Widerruf von meinem Konto abgebucht wird.

(bitte Druckschrift)

\_\_\_\_\_  
**Name, Vorname**

\_\_\_\_\_  
**Straße, Hausnummer**

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

### **Bankverbindung**

Kontonummer \_\_\_\_\_

Institut \_\_\_\_\_

Bankleitzahl \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**