

# Aufnahmeantrag



An den Vorstand der  
**AID Amperinitiative zur qualifizierten Betreuung Drogenabhängiger e.V.**  
z. Hd. Frau Dr. Christiane Hummel  
Rudolf-Diesel-Ring 8  
82256 Fürstenfeldbruck

**Hiermit beantrage ich / im Namen des/der,**

\_\_\_\_\_  
Vor- und Familienname bzw. Name der Organisation

\_\_\_\_\_  
Vor- und Familienname des Vertreters der Organisation  
und Angabe der Funktion des Vertreters

\_\_\_\_\_  
Straße Haus-Nr. PLZ Wohnort bzw. Sitz der Organisation

\_\_\_\_\_  
Tel.

\_\_\_\_\_  
E-Mail

**die Aufnahme als ordentliches Mitglied des AID e.V. mit Sitz in Fürstenfeldbruck.**

Die geltende Satzung des AID e.V. habe ich vor Stellung des Aufnahmeantrags zur Kenntnis genommen.  
Die Satzung des AID e.V. erkenne ich als für mich / für die von mir vertretene Organisation verbindlich  
an, damit verbunden entrichte ich den in der Mitgliederversammlung festgelegten Jahresbeitrag (Stand  
2018: 40€ / Schüler, Studenten 20€).

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## SEPA Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers

**AID Amperinitiative zur qualifizierten Betreuung Drogenabhängiger e.V.**

Anschrift des Zahlungsempfängers

**Rudolf-Diesel-Ring 8**

**82256 Fürstenfeldbruck**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger AID e.V. Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger AID e.V. auf mein / unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart

- Wiederkehrende Zahlung Betrag:
- Einmalige Zahlung Betrag:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

IBAN des Zahlungspflichtigen

BIC

Ort

Datum

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)