

## MITGLIEDSANTRAG

.....  
Name Geburtsdatum Beruf/Tätigkeit

.....  
Straße PLZ Ort

Telefon: p ..... d ..... FAX: ..... E-Mail: .....

Ich verpflichte mich, den von der Mitgliederversammlung festgesetzten Jahresbeitrag von meinem Konto abbuchen zu lassen oder den Betrag zu überweisen.

Jahresbeitrag: EUR 60,00  Student\*innen/Arbeitslose: EUR 25,00

freiwillige Zahlungen: EUR: .....

Bankverbindung: Sparkasse Münsterland Ost, BIC WELADED1MST, IBAN DE96 4005 0150 0024 0036 00

Datum: ..... Unterschrift: .....

### SCHWEIGEPFLICHTERKLÄRUNG

Ich verpflichte mich hiermit, über sämtliche Informationen, die mir durch meine Tätigkeit bei der Aids-Hilfe Münster über Klient\*innen bzw. Patient\*innen zur Kenntnis kommen, zur Wahrung der Persönlichkeitsrechte der Betroffenen absolutes Stillschweigen zu bewahren. Ich bin darauf hingewiesen worden, daß ich für allen Schaden, der den Betroffenen, den Mitarbeiter\*innen oder der Einrichtung durch Zuwiderhandlung entsteht, persönlich strafrechtlich und zivilrechtlich zu haften habe.

Datum: ..... Unterschrift: .....

### EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich die Fachstelle für Sexualität und Gesundheit - Aids-Hilfe Münster e. V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos

.....  
IBAN BIC .....

.....  
Bezeichnung des Kreditinstitutes

durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Datum: ..... Unterschrift: .....