Aidshilfe Neumünster
Fachstelle für sexuelle Gesundheit

Kieler Str. 51
24534 Neumünster

Büro: (04321) 66 8 66
Verwaltung: (04321) 26 04 33
Fax: (04321) 26 04 34
Telefonberatung: (04321) 19 4 11

Öffnungszeiten
Mo. bis Fr.: 10-15 Uhr
Persönliche Beratung
nach Vereinbarung

# Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Aidshilfe Neumünster e.V. – Fachstelle für sexuelle Gesundheit. Über den Aufnahmeantrag entscheidet der Vorstand der Aidshilfe Neumünster e.V. oder die nächste Mitgliederversammlung. Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt mindestens 15 €. Der Jahresbeitrag muss bis zum 31. März eines jeden Jahres beglichen werden. Bitte erlaube uns den von Dir gewählten Mitgliedsbeitrag von Deinem Konto einzuziehen, SEPA Mandat siehe unten.

Nachname _____ Vorname _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

Straße und Hausnr. _____

Geburtsdatum _____ (freiwillige Angabe)

Telefonnummer _____ (freiwillige Angabe)

eMail Adresse _____ (freiwillige Angabe)

Ich bin einverstanden ☐ ja ☐ nein dass die Aidshilfe Neumünster e.V. meine E-Mail-Adresse nutzt, um mich zu kontaktieren und mir Einladungen zu schicken, auch zur Mitgliederversammlung. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit per E-Mail an verwaltung@aids-hilfe-neumuenster.de widerrufen werden. Ohne Einwilligung erfolgt die Kontaktaufnahme per Post.

Als Mitgliedsbeitrag möchte ich jährlich _____ € zahlen. Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung der Aidshilfe Neumünster e.V. in allen Punkten an.

Ort und Datum _____ Unterschrift _____

☐ Ja, ich möchte mich ehrenamtlich engagieren. Bitte informiert mich über die Möglichkeiten.

☐ Ich möchte den Verein als förderndes Mitglied unterstützen.

**Datenschutzhinweis:** Verantwortlich ist die Aidshilfe Neumünster e.V., Kieler Str. 51, 24534 Neumünster, verwaltung@aids-hilfe-neumuenster.de. Deine Angaben verarbeiten wir nur zur Mitgliederverwaltung und zum Beitragseinzug (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO). Die Bankdaten geben wir dafür an unser Kreditinstitut weiter, an sonstige Dritte geben wir nichts weiter. Nach Ende der Mitgliedschaft löschen wir die Daten, soweit keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bestehen (bis zu 10 Jahre). Du hast das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruch und Datenübertragbarkeit sowie auf Beschwerde beim ULD Schleswig-Holstein.

# SEPA-Lastschrifterlaubnis

Ich ermächtige die Aidshilfe Neumünster e.V., Gläubiger-ID: DE... Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Aidshilfe Neumünster e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Kann eine Lastschrift mangels Kontodeckung, wegen fehlerhafter Kontodaten oder eines erloschenen Kontos nicht eingelöst werden, trage ich die dadurch entstehenden Bankgebühren.

**Kontoinhaber (falls abweichend)**

Name, Vorname:

Kreditinstitut IBAN-Nr.

Datum und Unterschrift

Genehmigung Vorstand: Datum Unterschrift(en):

**So sendest Du uns den Antrag**

**Digital:** Du kannst das Formular direkt am PC, Tablet oder Smartphone ausfüllen und unterschreiben. Speichere es danach als PDF und schicke es per E-Mail an verwaltung@aids-hilfe-neumuenster.de. Achte bitte darauf, dass alle Angaben und die Unterschrift gut lesbar sind.
**Auf Papier:** Drucke das Formular aus, fülle es von Hand aus und schicke es per Post an: Aidshilfe Neumünster e.V., Kieler Str. 51, 24534 Neumünster. Du kannst den Antrag auch während unserer Öffnungszeiten persönlich bei uns abgeben.