

**Anmeldung zum Lastschriftverfahren
für Mitgliedsbeiträge**

Linkgasse 8-10
42651 Solingen
Büro: 0212 - 233 39 22
Fax: 0212 - 33 29 92
www.aidshilfe-solingen.de
kontakt@aidshilfe-solingen.de
Öffnungszeiten:
Mo 17-20 Uhr | Fr 9-15 Uhr

Name, Vorname

Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

Telefon

Geburtsdatum

Zahlungsempfänger: AIDS-Hilfe Solingen, Regenbogen e.V..

Hiermit ermächtige ich die AIDS-Hilfe Solingen, Regenbogen e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber/in: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Sollte mein Konto die erforderliche Deckung bei Einzug nicht aufweisen, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift

Geschäftskonto
Stadtsparkasse Solingen
IBAN DE5834250000000409003
BIC SOLSDE33XXX

Spendenkonto
Bank für Sozialwirtschaft
IBAN DE20370205000001301900
BIC BFSWDE33XXX

Vorstand
Tatjana Plümacher
Lothar Hahmann
Stefan Schmitz

Vereinsregister
Amtsgericht Solingen
VR 1260