



An den Vorstand des AHA-Berlin e.V.
 Monumentenstr. 13
 10829 Berlin



Ich möchte Mitglied im AHA-Berlin e.V. werden.

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße/Hausnummer:	
PLZ/Ort:	
Telefon/ggf. Mobiltelefon:	
e-mail:	

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des AHA-Berlin e.V. an. (www.aha-berlin.de/aha > Satzung).
 Meine Mitgliedschaft tritt zum nächsten Monatsersten in Kraft, sofern der Vorstand bis dahin über die Aufnahme entschieden hat und mein erster Quartalsbeitrag beim Verein eingegangen ist.

<p>Ich verpflichte mich zur Zahlung eines monatlichen Mitgliedsbeitrags in Höhe von:</p> <p>empfohlene Beitragsstufen gem. Beschluss der Mitgliederversammlung: 4€ (besonders gering Verdienende: SchülerInnen, StudentInnen, ALG-II-Empfängerinnen usw.); 8€ (Personen mit niedrigem Einkommen: StudentInnen mit gutem Neben- oder Teilzeitjob o.ä.); 12€ oder mehr (Besser-Verdienende) - zahlbar auf das unten angegebene Konto, möglichst per Dauerauftrag, am besten mindestens quartalsweise -</p>	<p>€</p>
---	----------

- Ich möchte den AHA-Newsletter „Wochenpost“ nicht zugeschickt bekommen.
- Ich möchte nicht in den Mitglieder-Email-Verteiler des Vereins aufgenommen werden.

.....
 Datum

.....
 Unterschrift

