



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)	
eMail:	

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des AHA-Berlin e.V. an. (siehe <http://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.

Ich verpflichte mich zur Zahlung eines monatlichen Mitgliedsbeitrags in Höhe von:	€
Empfohlene Beitragsstufen gem. Beschluss der Mitgliederversammlung. (Selbsteinschätzung): <ul style="list-style-type: none">• 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.	

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



Datum _____

Unterschrift _____



Allgemeine Homosexuelle Arbeitsgemeinschaft (AHA-Berlin) e.V. • Monumentenstraße 13 • 10829 Berlin • Tel. (030) 8962 7948 • www.aha-berlin.de
AG Berlin Charlottenburg VR5318Nz • Postbank Berlin • IBAN DE17 1001 0010 0405 3321 09 • BIC PBNKDEFF • Steuernummer 27/660/50153