

Werden Sie Mitglied bei donum vitae!

Ja, ich/wir werde/n **Mitglied** bei **donum vitae** Regionalverband Aachen-Stadt u. Aachen-Land e.V.

Mein Beitrag pro Jahr:

- | | | |
|--------------------------|---|---------|
| <input type="checkbox"/> | Einzelmitglieder | 31,- € |
| <input type="checkbox"/> | Paare | 52,- € |
| <input type="checkbox"/> | Auszubildende, Studierende, Arbeitslose | 15,- € |
| <input type="checkbox"/> | Körperschaften: 75,- € bis 128,- € | _____ € |
| <input type="checkbox"/> | oder einen höheren Beitrag | _____ € |

- Ja, ich möchte weitere **Informationen** über **donum vitae** an meine unten angegebene Adresse erhalten.

Ja, ich unterstütze **donum vitae** mit einer **Spende** in Höhe von _____ €

- einmalig
 vierteljährlich
 jährlich

Meine/Unsere Anschrift:

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Datum, Unterschrift

Bitte buchen Sie den oben angekreuzten Beitrag und/oder Spende von folgendem Konto ab:

IBAN-Nr.

BIC, Bank

Datum, Unterschrift

Diese Einzugsermächtigung kann ich/können wir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Eine Spenden- bzw. Beitragsbescheinigung wird zum Jahresende zugesandt.

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an oben genannte Adresse oder faxen Sie es uns zu (Fax-Nr. 02 41 - 4 00 98 88)

Spendenkonto: IBAN: DE20 3706 0193 1012 7620 18, BIC: GENODEDIPAX
Pax-Bank eG Aachen,