



**Augsburger AIDS-Hilfe e.V.**

**Aufnameantrag:**

**Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Augsburg AIDS-Hilfe e.V.**

Name:

Vorname:

Geb. Datum

Wohnort:

Straße:

Telefon:

Email:

Jahresbeitrag:

36,- €

18,- € (Ermäßigung)

€

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum