

Wir helfen hier und jetzt.



Beitrittserklärung

Der ASB bittet Sie um eine langjährige Mitgliedschaft

Auskünfte: ASB-Bundesgeschäftsstelle gebührenfrei Tel.: (08 00) 2 72 22 55
Beiträge an den Arbeiter-Samariter-Bund sind nach § 10b EStG. und § 9 Abs.1 Nr.2 KStG. steuerabzugsfähig.

Ich bin bereit, die Tätigkeit des Arbeiter-Samariter-Bundes als Mitglied zu unterstützen: Die Satzungen und Richtlinien des ASB erkenne ich an.

LV-Nr.	OV-Nr.	Landesverband / ASB-Gliederung

Anrede	Anredezeichen	Titel	Titelzeichen
	01 = Firma 03 = Frau 02 = Herr		05 = Dr. 15 = Dr. Dr. 06 = Prof. 16 = Prof. Dr.

Name

Vorname

Strasse/Nr. - Postfach/Nr.

PLZ	Ort

Geburtsdatum	Vorwahl	Telefon/Fax

Soweit nicht anders angegeben, erfolgt der Beitritt in die für den Wohnsitz zuständige ASB-Gliederung

Eintrittsdatum:

Tag	Monat	Jahr

Mein Mitgliedsbeitrag beträgt

Euro	Cent

monatlich

Euro	Cent

dies ergibt einen Jahresbeitrag von

Jahresbeitrag in Worten _____

E-Mail

Beruf

sonstiges Hinweise

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE42ASB00000015800**

Mandatsreferenz ist gleich: Mitgliedsnummer gem. Ausweiskarte

Zahlungsweise: (zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 4 = jährlich | <input type="checkbox"/> 3 = halbjährlich |
| <input type="checkbox"/> 2 = vierteljährlich | <input type="checkbox"/> 1 = monatlich
erst ab 5,- € Monatsbeitrag |

SEPA-Basis-Lastschrift

Ich ermächtige den ASB widerruflich, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom ASB auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Abbuchung erfolgt:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> zur Monatsmitte
15 ter. plus max. 5 Tage | <input type="checkbox"/> zum Monatsbeginn
1 ter. plus max. 5 Tage |
|--|--|

Name / Adresse des Kontoinhabers, falls nicht mit Mitglied identisch

Unterschrift des Kontoinhabers (falls nicht Mitglied)

Kreditinstitut (Name)

BIC (mindest. 8 oder 11 Zeichen)

Durch meine Unterschrift werde ich Mitglied des ASB. Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten erforderlich.

D E = Deutschland (mindestens 22 stellig)

IBAN

Unterschrift

rd-Nr.: 100120