

# 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	Anredekennzeichen	Titel	Titelkennzeichen
	01 = Firma 02 = Herr	03 = Frau	05 = Dr. 06 = Prof.
			15 = Dr. Dr. 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

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE42ASB00000015800	Mandatsreferenz ist gleich: Mitgliedsnummer gem. Ausweiskarte
---	---

**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.

Name / Adresse des Kontoinhabers, falls nicht mit Mitglied identisch

Kreditinstitut (Name)	BIC (mindest. 8 oder 11 Zeichen)

D E = Deutschland (mindestens 22 stellig)	IBAN

Ort / Mandatsdatum:	intern

Eintrittsdatum:

Tag	Monat	Jahr
01		

Mein Mitgliedsbeitrag beträgt

monatlich

Euro	Cent

dies ergibt einen Jahresbeitrag von

Euro	Cent

Jahresbeitrag in Worten \_\_\_\_\_

E-Mail

Beruf

sontiges Hinweise

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

Abbuchung erfolgt:

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

Unterschrift des Kontoinhabers ( falls nicht Mitglied)

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

Unterschrift

Bitte beachten Sie auch die Rückseite!

Schein Nr.: bei Rückfragen bitte angeben! **6029901**