Arbeiter-Samariter-Bund

Jetzt Mitglied werden

Name, Vorname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Telefon Geburtsdatum

Mitgliedsbeitrag jährlich:

☐ 24 Euro ☐ 48 Euro ☐ 60 Euro ☐ 72 Euro

anderer Betrag:
(Für Volljährige mindestens 12 Euro. Bei Minderjährigen ist eine kostenlose Mitgliedschaft möglich.)

_01_ | _____ | _____
Eintrittsdatum (Tag / Monat / Jahr)

Zahlweise

☐ jährlich ☐halbjährlich ☐ vierteljährlich ☐ monatlich (ab 5 Euro)

SEPA-Basislastschrift / Einzugsermächtigung

Gläubiger-Identifikationsnummer: DEASB00000015800
Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer gem. Ausweiskarte

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 belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name
des Kontoinhabers, falls nicht mit Mitglied identisch

Unterschrift

Kreditinstitut (Name)

BIC (8 –11-stellig)

_D_E_ _____ | _____ | _____
IBAN Bankleitzahl (8-stellig) Konto-Nr. mit Vornullen (10-stellig)

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen des / der Erziehungsberechtigten)

Durch meine Unterschrift werde ich Mitglied des ASB. Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten erforderlich. Ich ermächtige den ASB, bis auf Widerruf den vereinbarten Betrag abzubuchen.