

Jetzt Mitglied werden.

Name, Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon

Geburtsdatum

E-Mail

Mitgliedsbeitrag jährlich

24 Euro

48 Euro

60 Euro

72 Euro

anderer Betrag (mindestens 12 Euro)

Eintrittsdatum (Tag/Monat/Jahr)

Zahlweise

jährlich

halbjährlich

vierteljährlich

monatlich (ab 5 Euro)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DEASB00000015800

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer gem. Ausweiskarte



Arbeiter-Samariter-Bund

SEPA-Basislastschrift/Einzugsermächtigung

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

Unterschrift

des Konto inhabers, falls nicht mit Mitglied identisch

Kreditinstitut (Name)

BIC (8-11-stellig)

D E

IBAN

Bankleitzahl
(8-stellig)

Konto-Nr. mit Vornullen
(10-stellig)

Ort, Datum

Unterschrift

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.