



Eingangsstempel BV:

Arbeiter-Samariter-Bund
Deutschland e.V.

Auskünfte: KV Schwäbisch-Hall/Gaildorf
Schlossweg 14
74544 Michelbach/Bilz
Tel.: 07 91 / 4 99 28 50
Fax: 07 91 / 4 99 28 51

oder ASB Bundesgeschäftsstelle **gebührenfrei** Tel.: **(0800) 272 22 55**

Beitrittserklärung

Der ASB bittet um eine langjährige Mitgliedschaft

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
72004		LV BW / KV Schw.-Hall/Gaildorf

Anr.-KZ.	Anredezeichen	Titel-KZ	Titelzeichen	Die Daten werden mittels EDV erfasst, gespeichert, verarbeitet und zur Kommunikation benutzt.
	01 = Firma 03 = Frau 02 = Herr		05 = Dr. 15 = Dr. Dr. 06 = Prof. 16 = Prof. Dr.	

Name

Vorname

Straße und Nr.

PLZ	Wohnort

Geburtsdatum	Vorwahl	Telefon/Fax

E-mail

Beruf

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

Bitte ankreuzen wenn:

Zusendung des kostenlosen ASB-Magazins jährliche Beitragsquittung gewünscht wird

Ort _____ Datum _____

Ich berechne die Deutsche Post AG im Falle einer Anschriftenänderung zur Weitergabe meiner Anschrift an den Arbeiter-Samariter-Bund

Beiträge an den Arbeiter-Samariter-Bund sind nach § 10b EStG. und § 9 Abs.1 Nr.2 KStG. steuerabzugsfähig.

Mein Mitgliedsbeitrag beträgt

monatlich

dies ergibt einen Jahresbeitrag

Jahresbeitrag in Worten _____

Zahlungsweise: (zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> 4 = jährlich	<input type="checkbox"/> 3 = halbjährlich
<input type="checkbox"/> 2 = vierteljährlich	<input type="checkbox"/> 1 = monatlich (ab 5,-- Euro)

Bankleitzahl	gewünschter Einzugstermin:
	<input type="checkbox"/> zum 15. <input type="checkbox"/> zum 30.
Konto-Nr.	Ich ermächtige den ASB, bis auf Widerruf den vereinbarten Beitrag abzubuchen.
Bank/Sparkasse/Postbank/Ort	
Name des Kontoinhabers, falls nicht mit Mitglied identisch	
Unterschrift des Kontoinhabers (falls nicht Mitglied)	
Geld- und Sachspenden dürfen von unseren Helfern nicht entgegen- genommen werden! Beachten Sie bitte auch die Rückseite!	
Unterschrift	

Durch meine Unterschrift werde ich Mitglied des ASB.

Aufnahmeschein Nr.: _____

Tag	Monat	Jahr
01		
Euro		Cent
Euro		Cent

ASB-BV - Mitglied

Versand-Nr.: 100120