

1160 Wien, Degengasse 34 – 38  
Tel. 485 51 20  
Fax. 489 99 95  
www.asb-ottakring.at  
info@asb-ottakring.at

## BEITRITTSERKLÄRUNG

Vorname		Familiename	
Titel		Beruf	
Straße/Hausnummer/Türnummer			
PLZ	Ort	SVNr	Geburtsdatum
Telefonnummer		E-Mail- Adresse	
<input type="checkbox"/> Bankeinzug  <input type="checkbox"/> Barzahlung		Bank  Bankleitzahl	<input type="checkbox"/> AKTIV  <input type="checkbox"/> JUGEND  <input type="checkbox"/> UNTERSTÜTZEND
Konto lautend auf		Kontonummer	
Bitte buchen Sie (bei Bankeinzug) den fälligen Mitgliedsbeitrag vom oben genannten Konto ab. Ich nehme zur Kenntnis, dass mir im Falle der Nichtdurchführbarkeit alle daraus entstehenden Rückrechnungskosten zusätzlich in Rechnung gestellt werden.			
Ich erkläre hiermit, dem Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs beitreten zu wollen. Ich werde die Satzungen stets einhalten und den Mitgliedsbeitrag pünktlich bezahlen. Ich nehme zur Kenntnis und bin damit einverstanden, dass diese Daten in der EDV gespeichert werden.			
Datum	Unterschrift des Mitgliedes		
Zeitungsbezug  <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein			
Datum	Unterschrift des Obmanns/Gruppenstempel		<b>916</b>