Bitte ausgefüllt zurück an KAB Diözesanverband München und Freising, z.H. A. Stegherr, Pettenkoferstr. 8/V, 80336 München

Ich/Wir möchte/n Mitglied der KAB Deutschlands werden

Vorname | Vorname Partner/in

Name | Name Partner/in

◯ weiblich ◯ männlich | ◯ weiblich ◯ männlich

Straße und Haus-Nummer

Postleitzahl und Wohnort

Geburtsdatum | Geburtsdatum Partner/in

Beruf | Beruf Partner/in

Telefon-Nr. | Telefax-Nr.

E-Mail

Mein/Unser Beitritt erfolgt zum 1.

im KAB Ortsverband/Ortsverein

◯ Beitragsquittung erwünscht | ◯ Beitragsquittung erwünscht

Datenschutz

Die angegebenen Daten werden auf Datenverarbeitungssystemen der KAB gespeichert. Sie werden für Verwaltungszwecke verarbeitet und für satzungsgemäße Aufgaben der KAB genutzt.

Datenweitergabe

Darüber hinaus bin ich – jederzeit widerruflich – einverstanden, dass meine Anschrift und mein Geburtsdatum an Unternehmen übermittelt werden, mit denen der KAB Deutschlands e.V. zusammenarbeitet, um günstige Dienstleistungsangebote zu erhalten. Die Vertragspartner werden verpflichtet, die Daten ausschließlich für die mit der KAB vereinbarten Zwecke zu verwenden.

◯ ja ◯ nein | ◯ ja ◯ nein

Datum, Unterschrift | Datum, Unterschrift Partner/in

Die Mitgliedschaft wird bestätigt durch die Unterschrift des KAB Vorstands

Mein/Unser Beitrag

Der satzungsgemäße Jahresbeitrag für eine Mitgliedschaft ist festgesetzt für

einen Einzelbeitrag in Höhe von _ _ _ , _ _ €

einen Familienbeitrag in Höhe von _ _ _ , _ _ €

Ich/Wir bin/sind bereit einen höheren Jahresbeitrag zu zahlen mit einer Höhe von _ _ _ , _ _ €

Ich/Wir informiere/n

Aktuelle ehrenamtliche Funktionen

Zutreffendes bitte ankreuzen

◯ Betriebsrat/Mitarbeitervertretung

◯ Pfarrgemeinderat/Kirchenverwaltung; Gemeinderat/Bezirksrat

◯ Selbstverwaltung (Krankenkassen, Rentenversicherung/Berufsgenossenschaft)

◯ _____ weiteres ehrenamtliches Engagement

Die Werbung erfolgte durch

Vorname | Name

Straße und Haus-Nummer

Postleitzahl und Wohnort

Die Beitrittserklärung bitte an das zuständige KAB-Sekretariat weiterleiten. Adresse des KAB-Sekretariats

Die folgenden Daten werden von Ihrem KAB-Sekretariat eingetragen:

◯ Einzelmitglied ◯ Partner/in

Gliederungsnummer der KAB

Neumitglied in eVEWA erfasst am

durch

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir/uns zu entrichtende Beitragszahlung bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Zahlungsempfänger

Organisation/Name

Straße und Haus-Nummer

Postleitzahl und Wohnort

D E / _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Gläubiger-Identifikationsnummer

Mandatsreferenz: entspricht der KAB Mitgliedsnummer – diese wird nachträglich zugeordnet

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber)

Vorname und Name

Straße und Haus-Nummer

Postleitzahl und Wohnort

Kreditinstitut (Name)

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

BIC (8 oder 11 Zeichen)

D E _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _

IBAN

Mein/Unser Jahresbeitrag _ _ _ , _ _ €

Die Zahlung des Mitgliedsbeitrags erfolgt erstmalig zum 0 1 / _ _ / _ _ _ _

Die Zahlungen der Mitgliedsbeiträge für die folgenden Jahre sind wiederkehrende Zahlungen und erfolgen jeweils zum 0 1 / _ _ / _ _ _ _

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.