

Ich/ Wir möchte/n Mitglied der KAB werden

Name Name des Ehepartners

Vorname Vorname Ehepartner

weiblich männlich weiblich männlich

Straße und Haus-Nr.

Postleitzahl und Wohnort

Geburtsdatum Geburtsdatum Ehepartner

Telefon-Nr.

E-Mail, Fax Nr.

Aktuelle ehrenamtliche Funktionen,
(z.B. Betriebliche Mitbestimmung, Öffentliche Gremien,
Pfarrgemeinde, Sozialversicherung)

Beitragsquittung wird benötigt

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung.

Ich bin – jederzeit widerruflich – einverstanden, dass meine Anschrift und mein Geburtsdatum an Unternehmen übermittelt werden, mit denen die KAB Deutschlands e.V. zusammenarbeitet (z. B. Versicherungen), um günstige Dienstleistungsangebote zu erhalten. Die Vertragspartner werden verpflichtet, dass sie die Daten ausschließlich für die mit der KAB vereinbarten Zwecke verwenden dürfen.

Ich bin nicht einverstanden

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift Ehepartner

Einzugsermächtigungen

Kontoinhaber

Kontonummer

Bankleitzahl

Bank

Hiermit ermächtige ich (bitte ankreuzen)

- den KAB Ortsverband/ Ortsverein
- den KAB Bezirksverband/ Kreisverband
- die KAB Deutschlands

widerruflich, mindestens den satzungsgemäßen Mitgliedsbeitrag

oder € _____

jährlich von meinem Girokonto mittels Lastschrift abzubuchen. Wenn mein Girokonto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht für das kontoführende Institut keine Verpflichtung zur Einlösung.
Teileinlösungen werden nicht vorgenommen.

Datum

Unterschrift