

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

DE / _ / _ / _ / _ - - - - -
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)

DE _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _
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.

Klopft Ihr Herz für
eine menschenwürdige
Gesellschaft?

Herzlich willkommen



KAB Deutschlands e.V.
Bernhard-Letterhaus-Str. 26
50670 Köln
www.kab.de

