

## 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 gezogene 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.