



Beitrittserklärung für neue Mitglieder und Prämienkarte für Werber/innen

Ich/wir möchte/n Mitglied der KAB²⁾ werden ab 01. ____ . 201 ____

Einzelmitglied Familienmitgliedschaft

Name des Mitglieds Name des Ehepartners

Vorname des Mitglieds Vorname des Ehepartners

männlich weiblich geb. am männlich weiblich geb. am

Kind (Vorname, geb. am) Kind (Vorname, geb. am)

Kind (Vorname, geb. am) Kind (Vorname, geb. am)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

Tel. Nr.

Email, Fax Nr.

Datenschutz

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

Zusätzliche datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin -jederzeit widerruflich- einverstanden, dass meine Anschrift und mein Geburtsdatum an Unternehmen übermittelt werden, mit denen die KAB 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 Ich bin nicht einverstanden Datum, Unterschrift



²⁾KAB Deutschlands e.V. und KAB Diözesanverband Eichstätt e.V.

gefördert durch



**Versicherer im
Raum der Kirchen**

Bruderhilfe · Pax · Familienfürsorge

Einzugsermächtigung/SEPA-Lastschrift zur Beitrittserklärung

Kontoinhaber

Ich/Wir, ermächtigen den KAB Diözesanverband Eichstätt e. V. (KAB) den jeweils geltenden satzungsgemäßen Jahresmindestbeitrag¹⁾ von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Der Einzug erfolgt in der Regel durch den zuständigen Ortsverband:

Wird von der KAB ausgefüllt!

Ortsverband

DE 36 ____ 00000233479

Gläubiger-ID

Mandatsreferenz = Mitgliedsnummer

Regelbeitrag* (50,00 € Einzelmitglied, 70,00 € Familien)

¹⁾2016: 50,00 € Einzelmitglieder, 70,00 € für Familien; für Schüler, Studenten, AZUBIS, Rentner mit weniger als 700 € Haushaltseinkommen, ALG II-Bezieher, Rentner mit Grundsicherung gibt es auf Antrag einen Sozialbeitrag. Der Sozialbeitrag beträgt für Einzelpersonen 33,00 € und für Familien 42,00 €.

Ich/Wir möchten die KAB besonders fördern und erhöhen unseren Jahresmindestbeitrag freiwillig auf den:

Zukunftsbeitrag (2016: 60,00 € Einzelmitglied, 90,00 € Familien)

selbst festgesetzten Beitrag von: €

Zugleich weise/n ich/wir unser Kreditinstitut an, die von der KAB auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Name und Internationale Bankleitzahl BIC des Kreditinstituts des Zahlungspflichtigen

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
Internationale Bankkontonummer IBAN des Zahlungspflichtigen

Datum, Ort, Unterschrift



... und mein Prämienwunsch

Ich habe oben stehende/s neue/s KAB-Mitglied/er geworben, und wünsche die angekreuzte Prämie.

Name, Vorname

Anschrift

15,00 Euro Gutschein für eine beliebige KAB-Veranstaltung

 15,00 Euro Essensgutschein im Waldgasthof Geländer

 750g KAB-Fairtrade-Bio-Kaffee aus Guatemala „Nueva Armonia“

 Datum, Ort, Unterschrift

Anmeldeformular bitte an:
KAB Diözesanverband Eichstätt e. V. ·
Kanalstr. 16-18 · 85049 Ingolstadt