



BEITRITTSERKLÄRUNG

JA, ich möchte KAB-Mitglied werden ab _____ / _____ Monat / Jahr

Ich trete in die Katholische Arbeitnehmer-Bewegung (KAB) Diözesanverband Fulda e.V. ein. Zugleich werde ich damit auch Mitglied im Berufsverband der Katholischen Arbeitnehmer-Bewegung Diözesanverband Fulda e.V. und in der KAB Deutschlands e.V.

Meine persönlichen Daten:

Titel / Name _____ Wohnort / PLZ _____
Vorname _____ Telefon _____
Geburtsdatum _____ E-Mail _____
Straße, Hausnummer _____ Staatangehörigkeit _____

Geschlecht: weiblich männlich divers

Religionszugehörigkeit: katholisch evangelisch andere: _____ keine

Meine beruflichen Daten

Beruf (freiwillige Angabe): _____

Beschäftigungsstatus

angestellt selbständig pensioniert / in Rente sonstiges
 verbeamtet freiberuflich erwerbslos

Weitere Person, wenn Ehepaare oder Lebenspartner*innen gemeinsam in die KAB eintreten:

Meine persönlichen Daten:

Titel / Name _____ Wohnort / PLZ _____
Vorname _____ Telefon _____
Geburtsdatum _____ E-Mail _____
Straße, Hausnummer _____ Staatangehörigkeit _____

Geschlecht: weiblich männlich divers

Religionszugehörigkeit: katholisch evangelisch andere: _____ keine

Meine beruflichen Daten

Beruf (freiwillige Angabe): _____

Beschäftigungsstatus

angestellt selbständig pensioniert / in Rente sonstiges
 verbeamtet freiberuflich erwerbslos

Mitgliedsbeitrag:

Einzelmitglied: _____ Euro pro Jahr. **Ehe- oder Lebensgemeinschaften:** _____ Euro pro Jahr.

Der Jahresbeitrag wird jeweils zum 01.01. des Jahres fällig. Zahlungsmöglichkeiten siehe Rückseite.

Satzung, Beitragsordnung und Datenschutzordnung des Verbands sind Bestandteil des Aufnahmeantrags. Sie können unter www.kab-fulda.de abgerufen werden.

Ich möchte zusätzlich gerne in der Basisgruppe Dipperz Mitglied werden.

Ich möchte gerne in einer Basisgruppe mitarbeiten und freue mich über einen Kontakt.

Ort/Datum _____

Unterschrift Neumitglied _____

Unterschrift Neumitglied, Ehe- oder Lebenspartner _____





Zur Familienmitgliedschaft gehören (Kinder bis zum 18. Lebensjahr):

1. Name, Vorname Geburtsdatum:

1. Name, Vorname Geburtsdatum:

1. Name, Vorname Geburtsdatum:

Beitragszahlung:

Ich erteile ein SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger:

Katholische Arbeitnehmer Bewegung (KAB) Dipperz

Bank: Raiffeisenbank Biebergrund-Petersberg e.G.

IBAN: DE55 5306 2350 0000 8114 67 BIC: GENODEF1PBG

Zahlungspflichtiger (Mitglied):

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Bank:

IBAN:

BIC:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den o.g. Zahlungsempfänger die Beitragszahlung (wiederkehrende Zahlung) bei Fälligkeit von meinem / unserem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an / Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Dabei gelten die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger über den Einzug unterrichten.

Gläubiger-ID: DE34 ZZZ 000 000 438 80 | Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer

Ort, Datum:

Unterschrift (Mitglied):

Ich zahle den Jahresbeitrag per Überweisung

Ich überweise meinen Jahresbeitrag nach Erhalt der Rechnung jährlich auf das Konto der Katholischen Arbeitnehmer-Bewegung (KAB) Dipperz

Bank: Raiffeisenbank Biebergrund-Petersberg e.G.

IBAN: DE55 5306 2350 0000 8114 67 BIC: GENODEF1PBG

Ort, Datum:

Unterschrift (Mitglied):