Beitrittserklärung für neue Mitglieder und Prämienkarte für Werber/innen

Ich/wir möchte/n Mitglied der KAB*) werden ab 01.___. 201___

☐ Einzelmitglied ☐ Familienmitgliedschaft

Name des Mitglieds	Name des Ehepartners
Vorname des Mitglieds	Vorname des Ehepartners
☐ männlich ☐ weiblich	☐ männlich ☐ weiblich
geb. am	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 ☐ Ich bin nicht einverstanden

Datum, Unterschrift	Datum, Unterschrift
✘	✘

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

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir, Kontoinhaber ermächtigen den KAB Diözesanverband Eichstätt e. V. (KAB) den jeweils geltenden satzungsgemäßen Jahresmindestbeitrag*) 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

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

☐ Zukunftsbeitrag (2015: 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

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

*)2015: 45,00 € Einzelmitglieder, 60,00 € für Familien; für Schüler, Studenten, AZUBIS, Rentner mit weniger als 700 € Haushaltseinkommen, ALG II-Bezieher, Rentner mit Grundsicherung gibt es auf Antrag einen Sozialbeitrag

An die
Katholische Arbeitnehmer-Bewegung
Diözesanverband Eichstätt e.V.
Kanalstraße 16 - 18
85049 Ingolstadt

KATHOLISCHE ARBEITNEHMER-BEWEGUNG

Nach Haltig leben & arbeiten

KAB-Diözesanverband im Bistum Eichstätt