



## BEITRITTSERKLÄRUNG

**JA**, ich möchte KAB-Mitglied werden ab \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Monat / Jahr

**Ich trete in die Katholische Arbeitnehmer-Bewegung (KAB) Basisgruppe Bruchköbel ein.**  
Zugleich werde ich damit auch Mitglied der Katholischen Arbeitnehmer-Bewegung (KAB) Diözesanverband Fulda e.V. und 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 Ehe- oder Lebenspartner 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: 65,- Euro pro Jahr. Ehe- oder Lebensgemeinschaften: 88,- Euro pro Jahr.

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

Satzung, Beitragsordnung und Datenschutzordnung des Verbands sind Bestandteil des Aufnahmeantrags. Sie können unter [www.kab.de](http://www.kab.de) abgerufen werden.

**JA**, ich möchte KAB-Mitglied werden!

Ort/Datum

Unterschrift Neumitglied

Unterschrift Neumitglied, Ehe- oder Lebenspartner





**Beitragszahlung:**

**Ich erteile ein SEPA-Lastschriftmandat**

**Zahlungsempfänger:**

Katholische Arbeitnehmer-Bewegung Bruchköbel, Kasse  
Am Krebsbach 6, 63486 Bruchköbel  
Bank: Frankfurter Volksbank  
IBAN: DE59 5019 0000 4301 7719 46  
BIC: FFVBDEFFXXX

**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.

Ort, Datum: .....

Unterschrift (Mitglied): .....

**Ich zahle den Jahresbeitrag per Überweisung**

Ich werde den Jahresbeitrag ohne weitere Aufforderung zur Fälligkeit jährlich auf das Konto der Katholischen Arbeitnehmer-Bewegung Bruchköbel, Kasse, überweisen:

Bank: Frankfurter Volksbank  
IBAN: DE59 5019 0000 4301 7719 46  
BIC: FFVBDEFFXXX

Ort, Datum: .....

Unterschrift (Mitglied): .....