

Aufnahmeantrag zur Mitgliedschaft in der KAB Deutschlands ab \_\_\_\_\_

Datenänderung ab \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_

**Persönliche Daten** (bei der Mitgliedschaft von Ehepaaren bitte beide Spalten ausfüllen):

Name _____	Name _____
Vorname _____	Vorname _____
Geburtsdatum _____	Geburtsdatum _____
Geschlecht: m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	Geschlecht: m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>
Straße, Hausnummer _____	
Plz _____ Ort _____	
Telefon _____	Telefax _____
Mobil _____	E-Mail _____

**Beitragsgruppe** (Bitte einmal ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Singlebeitrag, pro Jahr (Monat), Beitragsklasse 01	€ 39,00 (3,250)
<input type="checkbox"/> Partnerbeitrag, pro Jahr je Person (Monat), Beitragsklasse 02	€ 24,60 (2,050)
<input type="checkbox"/> Papiersammlerbeitrag, pro Jahr (Monat), Beitragsklasse 03	€ 26,00 (2,167)
<input type="checkbox"/> Papiersammlerbeitrag, pro Jahr je Person (Monat), Beitragsklasse 04 Ich (wir) beantrage(n) Ermäßigung und bin (sind) dafür bereit, bis auf Widerruf, zwei mal pro Jahr (eine Person) bei der Altpapiersammlung mitzuhelfen.	€ 18,10 (1,508)
<input type="checkbox"/> Sozialbeitrag für Single, pro Jahr (Monat), Beitragsklasse 07	€ 18,00 (1,500)
<input type="checkbox"/> Sozialbeitrag für Partner, pro Jahr je Person (Monat), Beitragsklasse 08	€ 11,00 (0,916)

**Zahlungsart** (Bitte nehmen sie am Lastschriftverfahren teil. Danke!)

Lastschrifteinzug durch den Ortsverband Rott  bar

Überweisung

**Verbandsgliederung und Mitgliedsnummer** (Partner-Nummer ausfüllen, wenn bekannt)

Mitgliedsnummer(n): _____	Gliederungsnummer: 12060116 Diözesanverband: Augsburg (12); Bezirk/Kreis: Ammer-Lech (06) Ortsverband: KAB „Hand in Hand“, Rott (0116)
---------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ich willige ein, dass die vorstehenden Daten durch die KAB ausschließlich für verbandliche Zwecke elektronisch verarbeitet und genutzt werden. Ergänzend gelten die Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) in der jeweiligen Fassung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en)



**Ermächtigung zum Bankeinzug des jeweiligen fälligen Mitgliedsbeitrags**

Kontoinhaber(in)	_____	Kontonummer	_____
Bankverbindung	_____	Bankleitzahl	_____

Hiermit ermächtige ich die KAB widerruflich, den Mitgliedsbeitrag einmal jährlich im Voraus von meinem Girokonto mittels Lastschrift abzubuchen. Wenn mein Girokonto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht für das kontoführende Institut keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen/Teilerstattungen werden nicht vorgenommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en)