



# BEITRITTSERKLÄRUNG

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

## Meine persönlichen Daten:

_____	<b>Titel / Name</b>	_____	<b>PLZ Wohnort</b>
Titel / Name	<b>Vorname</b>	Wohnort / PLZ	<b>Telefon</b>
Vorname	<b>Geburtsdatum</b>	Telefon	<b>E-Mail</b>
Geburtsdatum	<b>Straße Hausnummer</b>	E-Mail	<b>Staatsangehörigkeit</b>
Straße, Hausnummer	_____	Staatsangehörigkeit	_____

**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

auswählen

## Der Mitgliedsbeitrag

Die Höhe des Mitgliedsbeitrags beträgt ab 5 € im Monat bzw. ab 60 € im Jahr zzgl. 6 € Verwaltungsgebühr. Der KAB-Mitgliedsbeitrag ist ein Jahresbeitrag und wird jeweils zum 1.1. eines Jahres fällig. Die Mitgliedschaft kann mit einer Frist von drei Monaten zum 31.12. gekündigt werden.

### Mein Mitgliedsbeitrag beträgt

60 €  90 €  120 € oder  \_\_\_\_\_ € eigener Betrag höher als 120 € **Nicht ausfüllen, da nicht gültig für Diözesanverband Passau**

### oder (bei Beitritt von Ehe- oder Lebenspartner\*innen)

Mein\*e Partner\*in Name, Vorname \_\_\_\_\_ Mitgliedsnummer oder Geburtsdatum \_\_\_\_\_ ist bereits KAB-Mitglied. Deshalb zahle ich den entsprechenden Partner\*innenbeitrag und ggf. 6 € Verwaltungsgebühr. Der Partner\*innenbeitrag beträgt in der Regel 50% des Beitrages des ersten Mitglieds einer Ehe- oder Lebenspartnerschaft. Die Höhe meines Beitrags richtet sich nach der Regelung der Beitragsordnung.

Hinweis: Im Beitrittsjahr wird der Mitgliedsbeitrag nach Eintrittsdatum anteilig berechnet.

## Meine Zahlungsweise

### per SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige die KAB Deutschlands e. V. (Bernhard-Letterhaus-Str. 26, 50670 Köln), den satzungsgemäßen Beitrag – bis auf Widerruf – jährlich von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der KAB auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Gläubiger-ID: DE63 ZMD 000 000 694 51 | Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Kontoinhaber\*in **Name Vorname** \_\_\_\_\_ **Abbuchung oder Rechnungstellung erfolgt durch KAB Bundesverband (Beitrag siehe Seite 2)**

Geldinstitut IBAN **IBAN (22stellig: DE00 0000 0000 0000 0000 00)** \_\_\_\_\_

Ich überweise meinen Jahresbeitrag nach Erhalt der Rechnung an die KAB Deutschlands e.V.

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

Die Satzung, Beitragsordnung und Datenschutzordnung des Verbandes sind Bestandteil dieses Aufnahmeantrages. Sie können unter [www.kab.de](http://www.kab.de) abgerufen werden. Mit der Unterschrift bestätige ich meinen Beitrittswillen und ggf. die Berechtigung zur Abbuchung vom oben genannten Konto.

**Ort, Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift Neumitglied** \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Neumitglied \_\_\_\_\_

Lesen Sie weiter auf der Rückseite →

## FÜR EIN CHRISTLICHES MITEINANDER IN DER ARBEITSWELT.

### Sonstiges

Ich werde Mitglied in der bestehenden KAB-Basisgruppe Ortsverband / Vereinsnummer (Name/Vereinsnummer)

Der dort gültige Beitrag beträgt inkl. Basisgruppenanteil 30,- € Euro pro Jahr. 30,- € für Ehegattenbeitrag  
42,- € 42,- € für Einzelmitgliedschaft

Zahlungsweise siehe Seite 1.

Ort, Datum

Unterschrift Neumitglied

Ort/Datum

Unterschrift Neumitglied

### Von der Basisgruppe auszufüllen!

Die Aufnahme in die KAB-Basisgruppe Ortsverband wird durch den Vereinsvorstand bestätigt.

Der Beitragsanteil unserer Basisgruppe (ohne Bundes- und Diözesananteil) beträgt z. 3,60 € Euro.  
4,80 €

Unsere Kontoverbindung für die Beitragsrückerstattung lautet:

Kontoinhaber\*in: Ortsverband

vom Ortsverband ausfüllen  
\*Ortsverbandsanteile  
Ehegattenbeitrag 3,60 €  
Einzelmitglied 4,80 €

IBAN: IBAN (22stellig: DE00 0000 0000 0000 0000 00)

Ort, Datum

Unterschrift Vereinsvorstand

Vereinsnummer

Ort/Datum

Unterschrift Vereinsvorstand

Vereins-Nr.

### Wichtige Informationen zum Datenschutz:

Verantw. Stelle i. S. d. Datenschutzrechts ist die KAB Deutschlands e.V. Bernhard-Letterhaus-Straße 26, 50670 Köln. Dort erreichen Sie auch unseren Datenschutzbeauftragten. Ihre im Formular angegebenen Daten verarbeiten wir nach Art. 6 (1) (b) DSGVO für die Abwicklung der Mitgliedsbeiträge. Ihre Adressdaten verarbeiten wir für ausschließlich eigene werbliche Zwecke nach Art. 6 (1) (f) DSGVO, um Sie postalisch z. B. über unsere Arbeit und Projekte für ein christliches Miteinander in der Arbeitswelt zu informieren.

Einer zukünftigen werblichen Nutzung Ihrer Daten können Sie jederzeit uns gegenüber schriftlich oder per E-Mail an [info@kab.de](mailto:info@kab.de) unter Angabe Ihrer vollständigen Adresse und Mitgliedsnummer widersprechen. Weitere Informationen u. a. zu Ihren Rechten auf Auskunft, Berichtigungen und Beschwerden erhalten Sie unter: [www.kab.de/datenschutz](http://www.kab.de/datenschutz)

Bitte die ausgefüllten Formulare an das jeweilige **KAB Sekretariat** senden, da sie für die richtige Eingabe Sorge tragen und ggf. bei falsch ausgefüllten Beitrittsformularen korrigierend eingreifen können. Denn wichtig war und ist uns allen, die Neumitglieder zu unserem bisherigen Beitrag und ohne die 6 Euro "Verwaltungsgebühr" anzumelden.

Wir empfehlen

- ◆ bei Nachfragen darauf hinzuweisen, dass erst die Rückseite des Beitrittsformulars ausgefüllt wird
- ◆ die Rubrik „Der Mitgliedsbeitrag“ auf Seite 1 mit einem Schrägstrich zu streichen, damit klar ist, dass hier keine Ergänzungen erfolgen werden.

Wichtig: Auch bei Aufnahme eines (Ehe-)Paares/Partners **pro Person 1 Beitrittserklärung** ausfüllen.



KAB! TRITT EIN FÜR DICH.