

# Aufnahmeantrag zur Mitgliedschaft in der Katholischen Arbeitnehmer-Bewegung (KAB)



Mitgliedschaft als Einzelperson (  )  
als Ehepaar (  )

## Mitgliedsdaten:

|  |  |
|--|--|
| <b>Name:</b>   | <b>Name: (Ehe-)Partner*in</b>  |
| Vorname:   | Vorname:   |
| Straße:  |  |
| PLZ, Wohnort:  |  |
| Geb.-Datum:  | Geb.-Datum:  |
| Tel.-Nr.:  | Tel.-Nr.:  |
| Mobil-Nr.:   | Mobil-Nr.:   |
| Mail-Adresse:  | Mail-Adresse:  |
| Beruf:   | Beruf:   |
| Mein/Unser Beitritt erfolgt zum:   |  |
| Beitragsquittung: ja ( <input type="checkbox"/> )    nein ( <input type="checkbox"/> ) | Beitragsquittung: ja ( <input type="checkbox"/> )    nein ( <input type="checkbox"/> ) |

Die aktuelle Beitragsordnung, in der über alle Formalien und Abläufe bezüglich der Mitgliedschaft informiert wird, habe ich/haben wir zur Kenntnis genommen:    ja (  )    nein (  )

## Datenschutz:

Die angegebenen Daten werden auf Datenverarbeitungssystemen der KAB gespeichert. Sie werden für Verwaltungszwecke verarbeitet und für satzungsgemäße Aufgaben der KAB genutzt.

## Datenweitergabe:

Darüber hinaus bin ich – jederzeit widerruflich – einverstanden, dass meine Anschrift und mein Geburtsdatum an Unternehmen übermittelt werden, mit denen der KAB Deutschlands e. V. zusammenarbeitet, um günstige Dienstleistungsangebot zu erhalten. Die Vertragspartner werden verpflichtet, die Daten ausschließlich für die mit der KAB vereinbarten Zwecke zu verwenden.

|  |  |
|--|--|
| ja ( <input type="checkbox"/> )    nein ( <input type="checkbox"/> ) | ja ( <input type="checkbox"/> )    nein ( <input type="checkbox"/> ) |
|--|--|

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift (Ehe-)Partner\*in

Bitte wenden

**Bankverbindung:**

Der satzungsgemäße Jahresbeitrag für eine Mitgliedschaft beträgt zur Zeit

bei einer Einzelmitgliedschaft = 60,00 €

bei Ehegattenmitgliedschaft = 90,00 €

Ich bin/wir sind bereit, einen höheren Jahresbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ zu zahlen.

Der Beitrag wird über das Bankeinzugsverfahren vom Konto abgebucht.

**Zahlungsempfänger ist:**

\_\_\_\_\_  
Katholische Arbeitnehmer-Bewegung (KAB)

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Gläubiger-Identifikationsnummer

**Zahlungspflichtiger/Kontoinhaber:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Bank

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

**Freiwillige Angaben:**

- ( ) Betriebsrat/Personalrat/Mitarbeitervertretung  
( ) Pfarrgemeinderat/Kirchenverwaltung; Gemeinderat  
( ) Selbstverwaltung (Krankenkassen, Rentenversicherung/Berufsgenossenschaft)  
( ) \_\_\_\_\_

Weiteres ehrenamtliches Engagement

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

(Diese Frage stellen wir aufgrund unseres Engagements in der Selbstverwaltung der Sozialversicherungen)

**Bitte senden Sie das Formular an:**

Postadresse: Katholische Arbeitnehmer-Bewegung (KAB), Diözesanverband Trier

Weberbach 71, 54290 Trier

Mail: info@kab-trier.de