

Antrag auf Beitragsfreistellung der KAB Deutschlands

Ich/wir bin/sind Mitglied der KAB Deutschlands und beantragen eine Beitragsfreistellung ab dem 1.1.20.....

Name: Name des Ehepartners:

Vorname: Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Mitgliedsnummer: Mitgliedsnummer:

Ich/wir (bitte zutreffendes ankreuzen)

- Leben in einem Senioren und Pflegeheim
- werden vormundschaftlich betreut

Hinweis: Durch eine Beitragsfreistellung werden meine Mitgliedsrechte nicht eingeschränkt.

Datum/Unterschrift:

Bestätigung von zwei Mitgliedern des KAB Ortsvorstandes

KAB Ortsverband/Ortsverein:

Gliederungsnummer:

Name: Name:

Vorname: Vorname:

Daum/Unterschrift:

Weiterleiten an das zuständige KAB Sekretariat die Diözesanadressen finden Sie im Internet unter www.kab.de

Kenntnis des Diözesanverbandes:

Datum/Unterschrift:

Auskünfte und Kontakte unter:

KAB Deutschlands e.V.

Lorenz-Huber-Haus

Pettenkoferstr. 8/III

80336 München

Tel. Nr.: 0221/ 77 22 555

Email: mitgliederverwaltung@kab.de

