

# Aufnahmeantrag zur Mitgliedschaft in der Katholischen Arbeitnehmer-Bewegung (KAB) Pfarrgruppe St. Mariä-Himmelfahrt Bracht



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.:
E-Mail:	E-Mail:
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.

Antragsteller ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	(Ehe-)Partner*in ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
---	--

Datum, Unterschrift Antragsteller

Datum, Unterschrift (Ehe-)Partner\*in

**Bankverbindung:**

Der satzungsgemäße Jahresbeitrag für eine Mitgliedschaft ist derzeit festgesetzt für

einen Einzelbeitrag in Höhe von 66,00 €

einen Familienbeitrag in Höhe von 90,00 €

Ich/Wir sind bereit, einen höheren Jahresbeitrag zu zahlen mit einer Höhe von \_\_, \_\_ € .

Zahlungsweise:  ¼ jährlich  ½ jährlich  jährlich

Der Beitrag wird über das Bankeinzugsverfahren vom Konto abgebucht.

**Zahlungsempfänger ist:**

KAB Pfarrgruppe St. Mariä-Himmelfahrt Bracht, Rolf Jansen (Geschäftsführer),  
Am Aeschenbaum 15, 41379 Brüggen

IBAN: **DE41 3206 0362 1220 0380 13** - BIC: **GENODED1HTK**

Gläubiger-Identifikationsnummer der KAB-Bracht: **DE89ZZZ00001041311**

**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:

KAB St. Mariä-Himmelfahrt Bracht, z.Hd. Herrn Willi Leven, Narzissen Weg 11, 41379 Brüggen

E-Mail: willi.leven@kab-bracht.de