

Ich/Wir möchten Mitglied der KAB werden

KAB St. Josef Isselburg
Dieter Ueffing
Nering-Bögel-Straße 40
46419 Isselburg

Name _____ Name des Ehepartners _____

Vorname _____ Vorname des Ehepartners _____

weiblich männlich weiblich männlich

Straße und Haus-Nr. _____

Postleitzahl und Wohnort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsdatum des Ehepartners _____

Religion _____ mein/unser Beitritt erfolgt zum _____

Telefon-Nr. _____

E-Mail, Fax-Nr. _____

Mitgliedsbeitrag, Stand 10/2011:
Einzelmitglied 4,80 Euro/Monat,
Familie 5,80 Euro/Monat

Einzugsermächtigung

Kontoinhaber _____

Kontonummer _____

Bankleitzahl _____

Bank _____

Hiermit bemächtige ich den KAB-Ortsverband,
 vierteljährlich
 halbjährlich
 jährlich

widerruflich, mindestens den satzungsgemäßen
Mitgliedsbeitrag

oder Euro _____

von meinem Girokonto mittels Lastschrift abzubuchen.
Wenn mein Girokonto nicht die erforderliche Deckung
aufweist, besteht für das kontoführende Institut keine
Verpflichtung zur Einlösung.
Teileinlösungen werden nicht vorgenommen.

Datum _____

Unterschrift _____