Beitragsfreistellung

KATHOLISCHE
ARBEITNEHMER-BEWEGUNG
REGENSBURG

Antrag auf Beitragsfreistellung im KAB-Diözesanverband Regensburg e.V.

Daten des/der Antragsteller/in

Ich/wir beantrage/n die Gewährung der Beitragsfreistellung ab dem 01.

Name

Vorname

Mitgliedsnummer

Geburtsdatum

Straße, Hs.Nr., PLZ, Ort

Telefonnummer

Name des Ehepartners/in (bei Ehepaaren)

☐ Ich/wir lebe/n in einem Senioren- bzw. Pflegeheim.
☐ Ich/wir werde/n vormundschaftlich betreut.

Hinweis: Durch die Gewährung der Beitragsfreistellung werden die Mitgliedsrechte nicht eingeschränkt.

Datum

Unterschrift des/der Antragsteller/in

Bestätigung über Richtigkeit des Antrags von zwei Mitgliedern des KAB-Ortsvorstandes
(Vorsitzende, Vorsitzender oder Präses)

KAB-Ortsverband

Verbandsgliederungsnummer

Name des Vorstandsmitglieds

Name des zweiten Vorstandsmitglieds

Ort, Datum

Zwei Unterschriften

Den Antrag bitte weiterleiten an das:
KAB-Sekretariat Regensburg – Obermünsterplatz 7 – 93047 Regensburg - Fax: 0941-597 2313

Kenntnisnahme durch den Diözesanverband:

Datum

Unterschrift

Weitergeleitet an KAB-Deutschlands am

bearbeitet von

Auskünfte erteilen auch:
KAB Deutschlands e. V.
Bernhard-Letterhaus-Str. 26
50670 Köln

Telefon: 0221/7722-0
Fax: Fax 0221/77 22-13
E-Mail: mitgliederverwaltung@kab.de

Dieser Antrag kann nur vom Mitglied selbst bzw. der/dem Betreuer/in an den Ortsverband gestellt werden.
Nach Bestätigung der Richtigkeit leitet ihn der Ortsverband an das KAB-Diözesansekretariat weiter.