

Antrag an den KAB Diözesanverband München und Freising e.V. auf Sozialbeitrag der KAB Deutschlands

Ich/wir bin/sind Mitglied der KAB Deutschlands und beantragen den Sozialbeitrag ab dem 01.01. _____

Name: Name des Ehepartners:

Vorname: Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Mitgliedsnummer: Mitgliedsnummer:

Ich/wir (bitte zutreffendes ankreuzen)

- beziehe/n Arbeitslosengeld II
- beziehe/n Grundsicherung (im Alter und bei Erwerbsminderung)
- stehe/n in einer schulischen/beruflichen Ausbildung
- Sonstiges – bitte erläutern: _____

Höhe des Sozialbeitrags

- für Einzelmitglieder 18,00 € / Jahr
- für (Ehe-)Paare 22,00 € / Jahr

Hinweis: Durch den Sozialbeitrag werden meine Mitgliedsrechte nicht eingeschränkt.

Wenn sich meine/unsere finanzielle Situation verbessert, werden wir dies umgehend mitteilen.

Datum/Unterschrift:

Bei Mitgliedern in Ortsverbänden:

Bestätigung von zwei Mitgliedern des KAB Ortsvorstandes

KAB Ortsverband/Ortsverein:

Gliederungsnummer:

Name: Name:

Vorname: Vorname:

Daum/Unterschrift:

Weiterleiten an das zuständige KAB Sekretariat.

Kenntnis des Diözesanverbandes:

Datum/Unterschrift:

Weitere Auskünfte und Kontakte unter:

KAB Diözesanverband München und Freising e.V.
Pettenkofenstr. 8/V
80336 München

Tel. 089 / 552516-0

Mail: info@kab-dvm.de



Oder unter:

KAB Deutschlands e.V.
Lorenz-Huber-Haus
Pettenkofenstr. 8/III
80336 München

Tel.Nr.: 0221/ 77 22 555

E-Mail: mitgliederverwaltung@kab.de