

Hiermit erkläre ich den Beitritt als Mitglied des KKV Bayern:

Name
Vorname
Geburtsdatum
Konfession
Beruf
Straße
PLZ, Wohnort
Telefon
E-Mail
Beginn ab dem
Datum, Unterschrift

Mir ist bekannt, dass die mich betreffenden Daten im KKV Bayern erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und der Verwaltung der Mitglieder und die Verfolgung der Verbandsziele erforderlich sind.

Datum, Unterschrift

Ich ermächtige den KKV Bayern, den jährlichen Mitgliedsbeitrag von

- 40,- Euro (Bundesverband und Landesverband)
 ermäßigt 14,- Euro (bis zur Vollendung des 30. Lebensjahr; Bundes- und Landesverband)
 4,- Euro (nur Landesverband KKV Bayern) ,-

von folgendem Konto mittels Lastschrift einzuziehen:

Inhaber
IBAN
BIC
Bank
Datum, Unterschrift

Diese Einzugsermächtigung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.
Die Mitgliedsbeiträge sind als Spenden steuerlich absetzbar.

Ich möchte Mitglied dieser KKV-Ortsgemeinschaft werden

--

(Der KKV Bayern leitet Ihren Aufnahmeantrag weiter.)