

Beitragsfreistellung der KAB Deutschlands

Ich/wir bin/sind Mitglied der KAB Deutschlands und beantragen eine Beitragsfreistellung ab dem 1

Name:.....Name des Ehepartners:.....

Vorname:.....Vorname:.....

Straße:.....

PLZ, Ort:

Mitgliedsnummer:.....Mitgliedsnummer:.....

Ich/wir (bitte zutreffendes ankreuzen)

- Leben in einem Senioren und Pflegeheim
- werden vormundschaftlich betreut

Hinweis: Durch eine Beitragsfreistellung werden meine Mitgliedsrechte nicht eingeschränkt.

Datum/Unterschrift:

Bestätigung von zwei Mitgliedern des KAB Ortsvorstandes

KAB Ortsverband/Ortsverein:

Gliederungsnummer:

Name:.....Name:

Vorname:.....Vorname:

Daum/Unterschrift.....

Weiterleiten an das zuständige KAB Sekretariat:

KAB Diözesanverband Eichstätt e. V., Kanalstraße 16 – 18, 85049 Ingolstadt

Kenntnis des Diözesanverbandes:

Datum/Unterschrift:.....

Auskünfte und Kontakte unter:

KAB Deutschlands e. V.
Mitgliederverwaltung
Bernhard-Letterhaus-Straße 26
50670 Köln

Jennifer Memic, Tel. 0221/7722-555
Matthias Komp, Tel. 0221/7722-555
E-Mail: mitgliederverwaltung@kab.de

