



Antrag auf Beitragsfreistellung bei der KAB Deutschlands

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

ab dem 1.1.20

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:

Bitte weiterleiten an das zuständige KAB Sekretariat:

Kenntnis des Diözesanverbandes:

Datum/Stempel/Unterschrift: