

Antrag auf Mitgliedschaft beim Caritasverband Cham e.V.



Caritasverband für den Landkreis Cham e.V.

Klosterstraße 13, 93413 Cham

Tel.: 09971 / 8469-0

Fax: 09971 / 8469-20

info@caritas-cham.de

www.caritas-cham.de

Name:	Geburtsdatum:
Vorname:	Telefon:
Straße, Hs.Nr.:	Mobil:
PLZ, Ort:	E-Mail:

Ich stelle hiermit Antrag auf Mitgliedschaft beim Caritasverband für den Landkreis Cham e. V. und erkenne die Vereins-satzung in der jeweiligen, von der Mitgliederversammlung beschlossenen Fassung an.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | | | | |
|--|----------------|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> Einzelbeitrag | 12,00 € | <input type="checkbox"/> Mitglied eines kirchlichen Verbandes (z.B. KDFB, Kolping, KAB) | 8,00 € |
| <input type="checkbox"/> Familienbeitrag | 18,00 € | <input type="checkbox"/> Fördermitgliedschaft | 50,00 € |
| <input type="checkbox"/> Jugendbeitrag | 6,00 € | <input type="checkbox"/> Beitragsfrei* | |

Außerdem möchte ich die Mitgliederzeit-schrift „Sozialcourage“ beziehen

- kostenlos* kostenpflichtig

* Wenn Sie zahlendes oder ehrenamtlich tätiges Mit-glied sind, erhalten Sie „Sozialcourage“ kostenlos.

*** Beitragsfrei sind:**

- (1) Mitglieder eines Ordens
- (2) ehrenamtlich Tätige, z. B. bei der Caritassammlung, im Frauen-notruf, beim Hospizdienst oder in der Pfarrgemeinde tätig
- (3) durch ideelle Unterstützung z. B. durch Ihr Gebet
- (4) Mitglieder eines caritativen Fachverbandes oder caritativen Vereinigung z. B. Kath. Jugendfürsorge, MHD, Elisabethenverein u. a.
- (5) kooperative Mitglieder z. B. die Kath. Kirchenstiftung im Landkreis Cham

Der aktuell satzungsgemäß gültige Beitrag wird jährlich am 1. Oktober per Lastschrift eingezogen.

Ort / Datum



Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer **DE79KCV00000668332**

Mandatsreferenz:

Ich ermächtige hiermit den Caritasverband für den Landkreis Cham e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Caritasverband für den Landkreis Cham e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber	
Name der Bank/Kreditinstitut	
IBAN	
BIC	

Änderungen der Bankverbindung bitte mitteilen.

Die Daten werden zu Vereinszwecken auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert.

Ort / Datum



Unterschrift