

# Beitrittserklärung



**Katholischer  
Deutscher  
Frauenbund**

\_\_\_\_\_  
Frau (Name, Titel, Vorname)

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon/Fax

\_\_\_\_\_  
Konfession

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
geb. am

## Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Katholischen Deutschen Frauenbund

im Zweigverein (ZV) \_\_\_\_\_  
als Einzelmitglied im Diözesanverband (DV) \_\_\_\_\_

Die Satzung meiner jeweiligen Verbandsebene erkenne ich an. In der Mitgliedschaft im KDFB ist die Mitgliedschaft im VerbraucherService im KDFB und in der Landfrauenvereinigung des KDFB sowie der Bezug der Mitgliederzeitschrift „KDFB Engagiert – Die Christliche Frau“ enthalten. Der Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit: \_\_\_\_\_ Euro.

Datenschutzhinweis: Mit dieser Beitrittserklärung willige ich ein, dass die angegebenen Daten verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und die Verwaltung der Mitglieder erforderlich sind. Eine darüber hinausgehende Datenübermittlung an Dritte, außerhalb des Katholischen Deutschen Frauenbundes, findet nicht statt.

Die Mitgliederzeitschrift „KDFB Engagiert – Die Christliche Frau“

möchte ich gerne per Einzelversand mit der Post erhalten (zusätzliche Portokosten, derzeit \_\_\_\_\_ Euro)  
erhalte ich über meinen Zweigverein (ohne zusätzliche Kosten)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift\* Neu-Mitglied (Bei Minderjährigen hier zusätzlich die Unterschrift\* eines/einer Erziehungsberechtigten)

### Auszufüllen vom Katholischen Deutschen Frauenbund

Der Zweigverein/Diözesanverband \_\_\_\_\_ vertreten durch  
die Vorsitzende/Teammitglied Frau \_\_\_\_\_  
und ihre Stellvertreterin/Teammitglied Frau \_\_\_\_\_  
bestätigt hiermit die Aufnahme von Frau \_\_\_\_\_ als neues Mitglied.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschriften

\_\_\_\_\_  
Stempel

### Einzugsermächtigung und SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate for SEPA Core Direct Debit Scheme)

Ich ermächtige den o.g. KDFB-Zweigverein/Diözesanverband widerruflich, den von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag und ggfls. die zusätzlichen Kosten für die Mitgliederzeitschrift bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom KDFB Zweigverein/Diözesanverband gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen – beginnend ab Belastungsdatum – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Falls eine Rücklastschrift durch mangelnde Deckung meines Kontos oder durch das Nicht-Mitteilen einer Konto-Änderung verursacht wird, gehen die Kosten zu meinen Lasten. Diese Einzugsermächtigung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird der KDFB mich über den Einzug unter Angabe der Gläubiger-Identifikationsnummer und der Mandatsreferenznummer unterrichten.

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaberin

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Geldinstitut

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift\* der Kontoinhaberin

Die Kündigung der Mitgliedschaft muss schriftlich – mit dreimonatiger Kündigungsfrist zum Jahresende – beim ZV/DV erfolgen.

\*Unterschriften bitte im Original nach Ausdruck des Formulars.