

Das Formular bitte ausdrucken, ausfüllen, unterschreiben und
einsenden an: Katholische Landvolkbewegung in der Diözese
Regensburg, Obermünsterplatz 7, 93047 Regensburg



**Katholische
Landvolk
Bewegung**

Beitrittserklärung zur Katholischen Landvolkbewegung

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	Hausnummer:	<input type="text"/>
Postleitzahl:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
Telefon (privat):	<input type="text"/>	Telefon (mobil):	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>	Telefon (Arbeitsplatz):	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>		
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Beruf:	<input type="text"/>
Ortsgruppe:	<input type="text"/>	Kreis:	<input type="text"/>

Ehepartner/in: Die Mitgliedschaft bei der Katholischen Landvolkbewegung ist eine Familienmitgliedschaft. Die Mitgliedschaft gilt für (Ehe-)Partner und Kinder im gleichen Haushalt.

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Beruf:	<input type="text"/>

Kinder:

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>		

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>		

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>		

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>		

Jahresbeitrag 15,- € für Familien und Erwachsene (erstes Beitragsjahr inkl. Zeitschrift „Land aktiv)

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT Ich ermächtige die Katholische Landvolkbewegung Regensburg Zahlungen von meinem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der KLB Regensburg auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung der per Lastschrift eingezogenen Zahlung verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-ID: DE97MBT00001202284 **Zahlungsart:** Wiederkehrende Zahlung.

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	Hausnummer:	<input type="text"/>
Postleitzahl:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
IBAN:	<input type="text"/>		
BIC:	<input type="text"/>		

Datum Unterschrift