



**Antrag**  
auf Beitragsfreistellung im KAB-Diözesanverband Regensburg e.V.

**Daten des/der Antragsteller/in**

Ich/wir beantrage/n die Gewährung der Beitragsfreistellung ab dem **01.** .....

bei Ehepaaren: Ehepartner

Name: geb.	geb.
Vorname:	
Straße:	Tel.Nr.:
PLZ/Ort:	
Mitgliedsnummer:	

Ich/wir (bitte zutreffendes ankreuzen)

- Wir/ich lebe/n in einem Senioren- bzw. Pflegeheim  
 Wir/ich werde/n vormundschaftlich betreut

Hinweis: Durch die Gewährung der Beitragsfreistellung werden die Mitgliedsrechte nicht eingeschränkt.

Datum/Unterschrift des/der Antragsteller/in: .....

**Bestätigung über Richtigkeit des Antrags von zwei Mitgliedern des KAB-Ortsvorstandes**

(Vorsitzende, Vorsitzender oder Präses)

KAB Ortsverband: ..... Verbandsgliederungsnummer: .....

Name des Vorstandsmitglieds: ..... Vorname: .....

Name des Vorstandsmitglieds: ..... Vorname: .....

Datum/2 Unterschriften: .....

**Den Antrag bitte weiterleiten an das:**

**KAB-Sekretariat Regensburg – Obermünsterplatz 7 – 93047 Regensburg**

**Fax: 0941-597 2313**

**Kenntnisnahme durch den Diözesanverband:**

Datum/Unterschrift: .....

Weitergeleitet an die KAB-Deutschland am: ..... (bearbeitet von)

**Auskünfte erteilen auch:**

KAB-Deutschlands e.V.

Lorenz-Huber-Haus

Pettenkoflerstr. 8/III

80336 München

Ingrid Ullrich Tel.Nr.089/55254911

E-Mail: [ingrid.ullrich@kab.de](mailto:ingrid.ullrich@kab.de)

Sabina Saad Tel.Nr. 089/55254912

E-Mail: [sabina.saad@kab.de](mailto:sabina.saad@kab.de)

Dieser Antrag kann nur vom Mitglied selbst bzw. der/dem Betreuer/in an den Ortsverband gestellt werden. Nach Bestätigung der Richtigkeit leitet ihn der Ortsverband an das KAB-Diözesansekretariat weiter.



KAB-Sekretariat Regensburg  
Obermünsterplatz 7  
93047 Regensburg

Anmerkungen zum umseitigen Antrag auf Beitragsfreistellung  
(wird vom KAB-Sekretariat ausgefüllt)

.....

.....

.....

.....

.....