

**ICH werde MITGLIED DES ZKD !**

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	PLZ, Wohnort	<input type="text"/>
geboren am	<input type="text"/>	Tel.-Nr	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>		
tätig als	<input type="text"/>		
<b>Beschäftigungsumfang:</b>	<input type="checkbox"/> mehr als 50%	<input type="checkbox"/> 50% u. weniger	
<b>Eingruppierung*: Entgeltgruppe</b>	<input type="text"/>	<b>Stufe</b>	<input type="text"/>
<b>*s. Gehaltsabrechnung</b>	<input type="checkbox"/> KAVO	<input type="checkbox"/> AVR	<input type="checkbox"/> BAT <input type="checkbox"/> DVO
<b>(Erz-)Diözese</b>	<input type="text"/>		
<b>Datum</b>	<input type="text"/>	<b>Unterschrift</b>	<input type="text"/>

**ZKD e.V. \* Lindenstraße 14 \* 50674 Köln****Gläubiger-Identifikationsnummer: DE03ZZZ00000012913****Die Mandatsreferenz wird mit der Bestätigung der Mitgliedschaft mitgeteilt.****SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige den ZKD e.V. meinen Mitgliedsbeitrag vierteljährlich von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom ZKD e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

<b>Kontoinhaber</b>	<input type="text"/>
<b>Bankname</b>	<input type="text"/>
<b>IBAN</b>	<input type="text"/>
<b>Datum</b>	<input type="text"/>

**Unterschrift**

---