

## Antrag auf Mitgliedschaft im Jungen BKU

Ich möchte die Inhalte und Ziele des BKU aktiv unterstützen und beantrage die Aufnahme als Mitglied in den BKU (Junger BKU bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres).

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Privatanschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Unternehmens: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail/Internet: \_\_\_\_\_

Stellung im Unternehmen: \_\_\_\_\_

Wirtschaftszweig: \_\_\_\_\_

Auf den BKU bin ich aufmerksam geworden durch

Frau/Herrn \_\_\_\_\_  
(die/der mich auch endgültig für den BKU gewonnen hat)

Ich bitte um Zusendung an folgende Adresse:

	Privat-	Unternehmensadresse
Beitragsrechnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einladungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rundbrief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diözesangruppe: \_\_\_\_\_

Ich erbitte Einladungen zu den Veranstaltungen folgender weiterer Diözesangruppe(n):

Ich erkenne die Satzung an und bin bereit, den reduzierten Mitgliedsbeitrag in Höhe von 90 € im Aufnahmejahr und danach den regulären Mitgliedsbeitrag von 180 € p.a. zu leisten.

Mit dieser Beitrittserklärung willige ich ein, dass die angegebenen Daten entsprechend der Datenschutz-Grundverordnung verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und Verwaltung der Mitglieder erforderlich sind.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bund Katholischer Unternehmer e.V.  
Horbeller Str. 19  
50858 Köln

Bitte per Brief oder  
E-Mail: [info@bku.de](mailto:info@bku.de) senden!

## SEPA-Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger Bund Katholischer Unternehmer e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Bund Katholischer Unternehmer e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger Identifikationsnummer: DE94ZZZ00001184393

Zahlungsweise: einmalig

Reduzierter Beitrag im Aufnahmejahr	zusätzliche Spende	Gesamtbetrag
<b>90 Euro</b>	+ _____	= _____

Zahlungsweise: jährlich

Regulärer Beitrag ab dem Folgejahr	zusätzliche Spende	Gesamtbetrag
<b>180 Euro</b>	+ _____	= _____

Kontoinhaber/Zahlungspflichtiger

\_\_\_\_\_

Kreditinstitut

\_\_\_\_\_

IBAN des Zahlenden:

\_\_\_\_\_

BIC des Zahlenden:

\_\_\_\_\_

Absender:

\_\_\_\_\_

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Kontoinhabers)