



**Zentralverband der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
in Einrichtungen der kath. Kirche Deutschlands e.V.**

Tel.: 0221 / 257 04 20 – Fax: 0221 / 257 03 19
e-mail: zkd@gmx.de

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"/>		
Beschäftigungsumfang:	<input type="checkbox"/> mehr als 50%	<input type="checkbox"/> 50% u. weniger	
Eingruppierung*: Entgeltgruppe	<input type="text"/>	Stufe	<input type="text"/>
*s. Gehaltsabrechnung	<input type="checkbox"/> KAVO	<input type="checkbox"/> AVR	<input type="checkbox"/> BAT <input type="checkbox"/> DVO
(Erz-)Diözese	<input type="text"/>		
Datum	<input type="text"/>	Unterschrift	<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 meinen 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.

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

Unterschrift _____

ZKD
 Bundesgeschäftsstelle
 Lindenstraße 14
 50674 Köln