



Ich möchte komba Mitglied werden!

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

PLZ/Wohnort: _____

Straße/Haus-Nr.: _____

Telefon: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Gewünschter Zeitpunkt des Eintritts in die komba gewerkschaft: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Weitere Auskünfte (zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen):

Beamter/Beamtin **Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin**

in der Ausbildung in der Ausbildung

im Ruhestand im Ruhestand

Teilzeit, Stunden: _____ Teilzeit, Stunden: _____

Besoldungsgruppe: _____ Entgeltgruppe: _____

Dienstherr: _____ Arbeitgeber: _____

Amt/Dienststelle: _____ Dienststelle/Betrieb: _____

Personalrätin/Personalrat **Betriebsrätin/Betriebsrat** **Verwaltung**

Fachbereich Sozial-/Erziehungsdienst **Fachbereich Feuerwehr/Rettungsdienst**

Fachbereich Gesundheit **Fachbereich Ver-/Entsorgung**

SEPA Lastschriftmandat: Hiermit ermächtige ich die nach Satzung für mich zuständige Organisationseinheit der komba gewerkschaft, Friedrichstr. 169/170, 10117 Berlin, bis auf Widerruf, den monatlichen Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift einzuziehen.

Vor- und Nachname: _____

Kreditinstitut (Name und BIC): _____

IBAN:DE: . . / / / / / . .

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Werber/Werberin: _____

PLZ/Wohnort: _____

Straße/Haus-Nr.: _____

Mitgliedsantrag