Beitrittserklärung

komba gewerkschaft

Hessen

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur komba gewerkschaft und verpflichte mich, den satzungsgemäßen Beitrag zu zahlen.

Vor- und Zuname:					
Geburtsdatum:					
Straße und Nr.:					
PLZ und Wohnort:					
Beamter Besoldungsgruppe:	A	Arbeitnehmer Entgeltgruppe:		Sonst. Beschäftigte Bruttoverdienst:	€
Berufsbezeichnung:				Teilzeit:	%
Dienststelle:				Telefon:	
e-mail-Adresse:					
Eintritt zum:					
Kreisverband:					

☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten elektronisch gespeichert und verarbeitet werden. Die Daten werden ausschließlich für die Berechnung und Abwicklung der Mitgliedsbeitragszahlungen, gewerkschaftseigene Statistiken, sowie Mitgliederinformation verwandt und nicht an Dritte weitergegeben. Ich verpflichte mich, Änderungen der Anschrift, der Bankverbindung, der Entgeltgruppe oder e-mail-Anschrift unaufgefordert mitzuteilen.

SEPA-Lastschrift-Mandat:

Ich ermächtige die komba gewerkschaft, Zahlungen von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der komba auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen:

IBAN	D E		**BIC**	

Ersatzweise:

Kto.Nr.:		BLZ	

Datum:		**Unterschrift:**	