Beitrittserklärung

Ich möchte ab _____ Mitglied der komba gewerkschaft schleswig-holstein werden und verpflichte mich, den satzungsgemäßen Beitrag monatlich zu zahlen. Ich bin damit einverstanden, dass die nachstehenden Daten und spätere Veränderungen für gewerkschaftliche Zwecke gespeichert werden.

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____ _____

Telefon privat: _____ dienstl.: _____ Email: _____

Status: ☐ Arbeitnehmer/in, Entgeltgruppe _____ im ○ TVöD/TV-L (auch Pflege, SuE) ○ TV-V ○ sonstiger Tarif: _____

☐ Beamtin/Beamter, Besoldungsgruppe _____ ☐ Azubi bis _____ ☐ Anwärter/in bis _____

Beschäftigungsumfang: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit mit _____ Stunden

Dienststelle: _____ Beruf: _____

Mitglied: ☐ im Personalrat ☐ im Betriebsrat ☐ in der JAV ☐ in der Schwerbehindertenvertretung

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Geworben hat mich: _____

komba gewerkschaft schleswig-holstein, Hopfenstraße 47, 24103 Kiel Gläubiger-Identifikationsnummer DE19ksh00000480359
Gläubiger ID und Mandatsreferenz des zuständigen Regionalverbandes werden beim Abruf des komba Beitrages auf dem Kontoauszug aufgeführt.

SEPA Lastschriftmandat
Ich ermächtige die komba gewerkschaft schleswig-holstein, die satzungsgemäßen Mitgliedsbeiträge monatlich von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der komba gewerkschaft schleswig-holstein 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 meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname (Kontoinhaber): _____

Straße, Nr., PLZ, Ort: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: D E _____ BIC: _____

Ort, Datum: _____ **Unterschrift:** _____