

Mitgliedsantrag



Drucken

per E-Mail senden

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in die DHV – Die Berufsgewerkschaft e.V. (Mitgliedsgewerkschaft im CGB), Sitz: Droopweg 31, 20537 Hamburg – ab dem

Eintrittsdatum:

Name, Vorname: männlich weiblich

Straße/Haus-Nr.: PLZ, Wohnort:

Geburtsdatum, Ort: Krankenkasse:

Telefon privat: Fax privat:

E-Mail privat: tätig als:

Vollzeit Teilzeit mit Wochenstunden Azubi von: bis

Arbeitgeber:

Straße/Haus-Nr.: PLZ, Ort:

Geschäftszweig/ Branche: FG-NR.:

Funktion (z.B. Betriebsrat, Personalrat, Jugendvertreter, etc.)

Ich bin noch bis: Mitglied in der Gewerkschaft:

Ich zahle einen einkommensgerechten Beitrag von €*:

* Der DHV-Beitrag ist als Werbungskosten steuerlich absetzbar und beträgt 1% vom Bruttoarbeits- bzw. Vorruhestandseinkommen, der Rente oder dem Arbeitslosengeld I (gerundet auf volle Euro), mindestens **6,00 €**, höchstens **23,00 €** monatlich. Sonderbeiträge (monatlich) gelten für: Auszubildende **3,00 €**; Fachschüler, Studierende, Hausfrauen, Bezieher von Elterngeld und Arbeitslosengeld II **2,00 €**.

Datenschutz: Ich erkläre mich gemäß §4a Abs. 1 und 3 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) einverstanden, dass meine Daten, die mein Beschäftigungs- und Mitgliedschaftsverhältnis betreffen, deren Änderungen und Ergänzungen, im Rahmen der Zweckbestimmung meiner Gewerkschaftsmitgliedschaft und der Wahrnehmung gewerkschaftlicher Aufgaben elektronisch verarbeitet und genutzt werden dürfen. Ergänzend gelten die Regelungen des BDSG in der jeweiligen Fassung.

Ort: Datum: Unterschrift:

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige die DHV – Die Berufsgewerkschaft e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise Ich mein Kreditinstitut an, die von der DHV – Die Berufsgewerkschaft e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die Gläubigeridentifikationsnummer des DHV lautet DE76ZZZ00000011502. Als Mandatsreferenz wird die Mitgliedsnummer verwandt.

| monatlich | vierteljährlich | halbjährlich | jährlich |
|---|-----------------|--------------------------------------|----------|
| Kontoinhaber: <input type="text"/> | | Kreditinstitut: <input type="text"/> | |
| Konto oder IBAN: <input type="text"/> | | BLZ oder BIC: <input type="text"/> | |
| 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. | | Unterschrift: <input type="text"/> | |

Interner Vermerk:

| | | | | | |
|----------------|-------------|----------|------------|-----------------|---------------|
| Landesverband: | Ortsgruppe: | Eingang: | bestätigt: | geworben durch: | Mitglied-NR.: |
|----------------|-------------|----------|------------|-----------------|---------------|