

MITGLIEDSANTRAG



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

Eintrittsdatum:

Name, Vorname:

Straße/Haus-Nr.:

Geburtsdatum, Ort:

Telefon privat:

E-Mail privat:

PLZ, Wohnort:

Krankenkasse:

Fax privat:

tätig als:

Vollzeit Teilzeit mit Wochenstunden

Azubi von: bis:

Arbeitgeber:

Straße/Haus-Nr.:

Geschäftszweig
Branche:

PLZ, Ort:

Funktion:

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

Ich bin noch bis:

Geworben durch:

Mein monatliches Bruttoeinkommen beträgt €*

Mitglied-NR.:

Mitglied in der
Gewerkschaft:

* 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 **25,00 €** monatlich. Sonderbeiträge (monatlich) gelten für: Auszubildende **3,00 €**; Fachschüler, Studierende, Hausfrauen/-männer, Bezieher von Elterngeld und Arbeitslosengeld II **2,00 €**.

Datenschutzhinweise: Ich willige ein, dass unter Beachtung der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und dem deutschen Datenschutzrecht (BDSG) meine personenbezogenen Daten, die mein Beschäftigungs- und Mitgliedschaftsverhältnis betreffen, deren Änderungen und Ergänzungen, im Rahmen der Zweckbestimmung meiner Gewerkschaftsmitgliedschaft und der Wahrnehmung gewerkschaftlicher Aufgaben elektronisch erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen. Meine Einwilligung gilt über die Beendigung meiner Mitgliedschaft in der Gewerkschaft DHV-Die Berufsgewerkschaft hinaus, endet jedoch nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder durch meinen Widerruf, der jederzeit möglich ist.

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 der DHV lautet DE76ZZZ00000011502. Als Mandatsreferenz wird die Mitgliedsnummer verwandt.

Weitere Hinweise zum Datenschutz finden Sie unter:
<https://www.dhv-cgb.de/datenschutz>.

monatlich vierteljährlich

halbjährlich jährlich

Ort:

Datum:

Unterschrift:

Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC:

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: