

Mitglied-Nr. (wird von der DPoIG ausgefüllt)

Ich erkläre meinen Beitritt in die DPoIG Brandenburg im dbb und ermächtige sie, den satzungsgemäßen Mitgliedsbeitrag vierteljährlich (1. Januar, 1. April, 1. Juli, 1. Oktober) zu Lasten meines Girokontos bis zum schriftlichen Widerruf abzubuchen. SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die DPoIG Brandenburg im dbb, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verband Brandenburg auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich gebe mein Einverständnis zur Speicherung meiner Daten (gem. § 26 Bundesdatenschutzgesetz) und zur Verwendung meiner Anschrift im Rahmen des Mitgliederservices.

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE940000000610347**

Geschlecht:  m  w  d  Beitritt zum: \_\_\_\_\_ Kreisverband: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Amts- / Berufsbezeichnung \_\_\_\_\_ Besoldungs- / Lohngruppe \_\_\_\_\_

Dienststelle \_\_\_\_\_ Vollzeit  Teilzeit  % \_\_\_\_\_

Arbeitszeitmodell \_\_\_\_\_

## Bankverbindung:

Kreditinstitut	
IBAN	BIC

Bisherige Mitgliedschaft in anderen Gewerkschaften: \_\_\_\_\_ **Werbung:** ¼ Jahr je Monat 1,00 € (danach den aktuellen Beitrag)

Organisationsname: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Einsatztasche  Rucksack

**Werber, Name, KV:** \_\_\_\_\_ Mitgliedsausweis Foto ja  nein

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Zahlungspflichtiger / Kontoinhaber \_\_\_\_\_