

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

Polzeispiegel: Post oder E-Mail

Werber, Name, KV: _____ Mitgliedsausweis Foto ja nein

Ort _____ Datum _____ Unterschrift Zahlungspflichtiger / Kontoinhaber _____