

# Beitrittserklärung

Mitglied-Nr. (Mandatsreferenznummer) \_\_\_\_\_ (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**

Name, Vorname

Strasse, Hausnummer

PLZ Wohnort

**Bankverbindung**

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: DE\_ / \_ / \_ (Ktn.-Nr./BLZ: \_\_\_\_\_)

BIC/SWIFT: \_\_\_\_\_ (beides finden Sie auf Ihrem Bank-Kontoauszug)

	Frau		01.	
Geburtsdatum	Herr		Gewerkschaftsbeitritt zum	Kreisverband

Bisherige Mitgliedschaft in anderen Gewerkschaften:

\_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Organisationsname: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Werbung: 3 Monate 1,00 Euro, danach die gültigen Beiträge

der DPoIG Brandenburg

Familienbeitrag

Mitgliedsausweis Foto ja  nein

Polzeispiegel: Post  oder E-Mail

Tel.-d.: \_\_\_\_\_

Dienststelle: \_\_\_\_\_

Tel.-p.: \_\_\_\_\_

Amts-/Berufsbezeichnung: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Besoldungs-/Lohngruppe: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

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

Ort

Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen / Kontoinhabers