**Antrag auf Mitgliedschaft**

*Bitte das ausgefüllte Formular an die folgende Adresse senden: DVG Schleswig-Holstein im Hause des dbb Schleswig-Holstein, Muhliusstraße 65, 24103 Kiel*

*oder per Telefax an 0431/675 084*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft in der DVG Schleswig-Holstein e. V ab      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Familienname | | Vorname |
| Straße, Hausnummer: | | Postleitzahl, Wohnort |
| Geburtsdatum | | E-Mail |
| Telefon privat | Mobil | Telefon dienstlich |
| jetzige oder letzte Dienststelle | | geworben hat mich |
| Beschäftigungsverhältnis  Auszubildende(r)/ Anwärter(in)  Beamtin/ Beamter | | Tarifbeschäftigte(r)  Ruhestand |
| Laufbahngruppe/ Mitgliedsbeiträge  1 (e. D./ m.D.) oder vergleichbare Tarifbeschäftigte **4,60 Euro/ Monat**  Ruhestandsbeamte, Rentner dieser Gruppe **3,32 Euro/ Monat**  2, 1. Einstiegsamt (g. D.) oder vergleichbare Tarifbeschäftigte **6,65 Euro/ Monat**  Ruhestandsbeamte, Rentner dieser Gruppe **4,60 Euro/ Monat**  2, 2. Einstiegsamt (h. D.) oder vergleichbare Tarifbeschäftigte **9,71 Euro/ Monat**  Ruhestandsbeamte, Rentner dieser Gruppe **6,39 Euro/ Monat**  Anwärter(innen)/ Auszubildende **3,00 Euro/ Monat** | | |

Mit dem Empfang von Verbandsinformationen, Newslettern per E-Mail bin ich einverstanden (bitte ggf. streichen)  
  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum Unterschrift

|  |
| --- |
| **SEPA-Basis-Lastschriftmandat**  *Deutsche Verwaltungsgewerkschaft Schleswig-Holstein e.V. (dvg-sh), Muhliusstraße 65, 24103 Kiel , Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 22ZZZ00001232055.*  *Die Mandatsreferenznummer wird gesondert mitgeteilt.*  Hiermit ermächtige ich die DVG Schleswig Holstein die fälligen Beiträge von meinem/ unserem Konto  vierteljährlich ☐halbjährlich  jährlich mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DVG Schleswig-Holstein 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.*  Kontoinhaber:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kreditinstitut:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  IBAN      \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_, BIC      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers |