

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
<u>Beschäftigungsverhältnis</u> <input type="checkbox"/> Auszubildende(r)/ Anwärter(in) <input type="checkbox"/> Tarifbeschäftigte(r) <input type="checkbox"/> Beamtin/ Beamter <input type="checkbox"/> Ruhestand		
<u>Laufbahngruppe/ Mitgliedsbeiträge</u> <input type="checkbox"/> 1 (e. D./ m.D.) oder vergleichbare Tarifbeschäftigte 4,60 Euro/ Monat Ruhestandsbeamte, Rentner dieser Gruppe 3,32 Euro/ Monat <input type="checkbox"/> 2, 1. Einstiegsamt (g. D.) oder vergleichbare Tarifbeschäftigte 6,65 Euro/ Monat Ruhestandsbeamte, Rentner dieser Gruppe 4,60 Euro/ Monat <input type="checkbox"/> 2, 2. Einstiegsamt (h. D.) oder vergleichbare Tarifbeschäftigte 9,71 Euro/ Monat Ruhestandsbeamte, Rentner dieser Gruppe 6,39 Euro/ Monat <input type="checkbox"/> 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