



komba
gewerkschaft
sachsen-
anhalt

Komba Gewerkschaft Sachsen-Anhalt

(Gewerkschaft für Tarifbeschäftigte und Beamte im Kommunal- und Landesdienst)

Beitrittserklärung

Ich möchte Komba-Mitglied werden ab Monat/ Jahr _____

Name: _____

Vorname: _____

Geb.am: _____

Adresse

privat: _____

Arbeitgeber:

Adresse:

Telefon dienstlich: _____

privat: _____

E-Mail: _____

Beamter/ Beamtin: ja/ nein

Tarifbeschäftigte/ r: ja/ nein

Vollbeschäftigt: ja/ nein

Wochenstunden: _____

Altersteilzeit: _____

Besoldungs-/ Entgeltgruppe: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Werber/ Werberin: _____

SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Ich ermächtige die Komba-Gewerkschaft Sachsen-Anhalt, die von mir gemäß Satzung zu zahlenden Beiträge vierteljährlich am 1. Arbeitstag im 2. Monat des Quartals von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Kombagewerkschaft Sachsen-Anhalt auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: _____ Name der Bank: _____

BIC: _____ IBAN: _____

Ort/ Datum: _____ Unterschrift: _____