

Beitrittserklärung

KOMBA-Gewerkschaft Sachsen-Anhalt
Robert-Koch-Str. 5 in 06493 Ballenstedt
www.komba.de

Ich möchte KOMBA Mitglied werden ab:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

PLZ/Wohnort:

Straße/Haus-Nr.:

Telefon/Mobil:

E-Mail:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Beamter/Beamtin:

Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin:

In der Ausbildung:

Im Ruhestand:

Teilzeit Std./Woche

FB Sozial-/Erziehungsdienst:

Feuerwehr/Rettungsdienst

Gesundheit Ver-/Entsorgung:

Lebensmittelkontrolle:

Öffentlicher Nahverkehr:

Flughafen Verwaltung:

Dienstherr/Arbeitgeber:

Besoldungs-/Entgeltgruppe:

Dienststelle:

Ort/Datum: Unterschrift:

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die KOMBA-Gewerkschaft Sachsen-Anhalt, wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der KOMBA-Gewerkschaft Sachsen-Anhalt auf mein (unserem) Konto gezogenen Lastschriften 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.

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE

Mitgliedsnummer/Mandatsreferenz:

Vorname/Name

.....
.....

Kreditinstitut (Name und BIC)

.....

IBAN DE/...../...../...../...../

.....

Ort/Datum:

Unterschrift:.....