

Aufnahmeantrag

Ortsverband Bottrop



komba
gewerkschaft

Ich möchte KOMBA-Mitglied werden ab →

*Monat, Jahr

*Name, Vorname(n)

*Dienstherr, Arbeitgeber

*Straße, Hausnummer

*Amt, Dienststelle, Betrieb

*PLZ, Wohnort

*Besoldungs- / Entgeltgruppe + Stufe

*geboren am

Amts-, Dienstbezeichnung

Telefon dienstlich/privat/ Handy

im öffentlichen Dienst seit

E-Mail, Fax

Mit * markierte Felder sind Pflichtfelder!

früh. Gewerkschaft von, bis

Beamter

Arbeitnehmer/in

AZUBI (Ausbildungsdauer in Jahren? _____)

Vollzeit

Teilzeit

Elternzeit

*Wochenarbeitszeit: _____ Stunden

- Auszubildende sind für die Dauer der Ausbildung beitragsfrei. Die Beendigung des Ausbildungsverhältnisses ist dem Ortsverband Bottrop mitzuteilen.
- Eine Änderung des Arbeitsverhältnisses (Wechsel in Voll-/Teilzeit, Elternzeit,...) und der Anschrift sind dem Ortsverband mitzuteilen.
- Bei einem Beitragsrückstand von 3 Monaten kann kein Versicherungsschutz mehr gewährt werden.
- Bitte lesen und unterschreiben Sie das beiliegende Formular „Information über die Erhebung von Mitgliederdaten“!

Ort, Datum

Unterschrift

Werber:

(Vor- u. Nachname, Anschrift, Mitgliedsnummer)

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Ich, _____, ermächtige die Stadt Bottrop widerruflich die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge für den komba-OV-Bottrop monatlich von meinen Bezügen einzubehalten.

Die Stadt Bottrop trägt Sorge dafür, dass die einbehaltenen Gelder an den Ortsverband weiter geleitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift