



Mitgliedsantrag

.....

Ich möchte ab _____ Mitglied in der komba gewerkschaft saarland werden und verpflichte mich, den satzungsgemäßen Beitrag* zu zahlen.

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

PLZ/Wohnort/Straße _____

Tel. priv: _____ Tel. dienstl. _____ E-Mail _____

Weitere Auskünfte (zutreffendes bitte ankreuzen)

Beamter/Beamtin

in der Ausbildung

im Ruhestand

Teilzeit, Stunden: _____

Besoldungsgruppe: _____

Dienstherr: _____

Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin

in der Ausbildung

im Ruhestand

Teilzeit, Stunden: _____

Entgeltgruppe: _____

Arbeitgeber: _____

Personalrätin/Personalrat

Verwaltung

Fachbereich Gesundheit

Betriebsrätin/Betriebsrat

Fachbereich Erziehung

Flughafen

Fachbereich Feuerwehr /Rettungsdienst

Geworben hat mich: _____

.....

SEPA Lastschriftmandat:

Hiermit ermächtige ich die komba gewerkschaft saarland, Hohenzollernstraße 41, 66117 Saarbrücken bis auf Widerruf, den monatlichen Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift einzuziehen. Gläubiger-Identifikationsnummer: DE60ZZZ00000068923

Name des Zahlungspflichtigen(Kontoinhaber): _____

IBAN: _____

BIC: _____

Bank: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift _____

*Monatsbeitrag:

Grundbeitrag 0,7 % des Grundgehaltes in der Eingangsstufe der jeweiligen Besoldungs-/Entgeltgruppe, Teilzeitbeschäftigte 65 % des Grundbeitrages, Versorgungsempfänger/innen und Rentner/innen 60 % des Grundbeitrages, Anwärter/innen und Auszubildende, mtl. **2,50 €**