BEITRITTSERKLÄRUNG

HIERMIT TRETE ICH DER GEWERKSCHAFT DER POLIZEI BEI, DEREN SATZUNG ICH ANERKENNE

Bitte verwenden Sie Druckbuchstaben! Dickumrandete Felder nicht ausfüllen!

Mit PFHB geworben: œ Ja s. Anlage
bitte ankreuzen

Ich ermächtige die Gewerkschaft der Polizei und die in ihrem Auftrage handelnde Organisations- und Service-Gesellschaft der Gewerkschaft der Polizei mbH, die im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft stehenden Daten zu speichern, soweit dies zur üblichen Betreuung des Ermächtigenden oder zur ordnungsgemäßen Durchführung der Mitgliedschaft erforderlich ist. Die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zur Datenübermittlung bleiben unberührt.
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Deutsche Bundespost POSTDIENST im Umzugsfalle meine neue Adresse an den Verleger der Mitgliedszeitschrift „Deutsche Polizei“ weiterleitet. Ich ermächtige die GEWERKSCHAFT DER POLIZEI widerruflich, den Gewerkschaftsbeitrag zu Lasten meines angegebenen Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

90							
LB	Mitglieds-Nummer						

Name / Vorname

Straße / Hausnummer

X

Postleitzahl | Wohnort

Tel. privat: _____ Tel. dienstl.: _____

Fax privat: _____ Fax dienstl.: _____

Handy: _____ e-mail: _____

Bankleitzahl | Konto-Nummer | Name der Bank

Geburts-Datum: Tag | Monat | Jahr

Gewerkschafts-Beitritt: Tag | Monat | Jahr

Kreisgruppe:

Kreisgruppe

Geburtsort: _____ ð Vollzeit ð Teilzeit _____ Std./Woche

Amtsbezeichnung:

bei:

BesGr./VergGr./LohnGr.

ST | SP | MS | BG

Bisherige Mitgliedschaft in anderen Gewerkschaften:

Organisationsname | von / bis

Mein Eintritt in die Polizei/Zoll: Monat | Jahr

GdP-fremd

Soll Abmeldung durch GdP erfolgen?
ð Ja ð Nein
(Nur DGB-Gewerkschaften)

Anschrift, Tel. od. Mitglieds-Nr. _____

☐ monatlich ☐ vierteljährl.

Abbuchung ab:

☐ Ich beantrage die beitragsfreie Anwartschaftsversicherung während meiner Ausbildung bei der Bundespolizei über die SIGNAL-Krankenversicherung.

☐ Ich verzichte ausdrücklich auf die beitragsfreie Anwartschaftsversicherung.

Aufgenommen durch:

_____
Name

Werber-MG-Nummer:

_____ _____
Ort/ Datum **Unterschrift**