**BEITRITTSERKLÄRUNG**

Wird von ***DPolG*** ausgefüllt

Mitgliedsnummer Kreisverband Beitragsnummer



Landesverband Bayern e. V.

Ich erkläre hiermit ab      meinen Beitritt zur Deutschen Polizeigewerkschaft (***DPolG***), Landesverband Bayern e.V.

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname |  |
| Geschlecht | männlich  weiblich |
| Geburtsdatum |  |
| Straße, Hausnummer |  |
| Postleitzahl, Wohnort |  |
| Telefon |  |
| Mobiltelefon |  |
| E-Mail | dienstlich:  privat: |
| Dienststelle |  |
| Bes.- bzw. Entgeltgr. / Dienstgrad | **A (**     ) **B** (     ) **EG** (     ) / |
| Teilzeittätigkeit | ja  nein |
| Name des Ehe-/Lebenspartners  (falls ***DPolG***-Mitglied) |  |
| Bezug der Mitgliederzeitschrift „Polizeispiegel“ | per E-Mail  (an **private** E-Mail-Adresse)  per Post |
| Bisherige Gewerkschaftszugehörigkeit | von bis  bei:  Kündigung bei bisheriger Gewerkschaft liegt bei: 🞏 ja 🞏 nein  Selbst bei bisheriger Gewerkschaft gekündigt: : 🞏 ja 🞏 nein |
| Werber | Name:  Dienststelle: |

Ich ermächtige die Deutsche Polizeigewerkschaft (***DPolG***), Landesverband Bayern e.V., die zur ordnungsgemäßen Durchführung der Mitgliedschaft und Betreuung erforderlichen Daten zu speichern. Im Rahmen der Gewährung von Rechtsschutz bin ich mit der Übermittlung gespeicherter Daten an die den Rechtsschutz bearbeitenden Stellen einverstanden.

      **X** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift

|  |  |
| --- | --- |
| **IBAN** | **DE** |
| **BIC** |  |
| **Kreditinstitut** |  |
| **Kontoinhaber** |  |

**SEPA Lastschriftmandat Gläubiger-ID: DE24ZZZ00000121951**

Ich ermächtige die Deutsche Polizeigewerkschaft (***DPolG***), Landesverband Bayern e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift monatlich zu jedem ersten bzw. dem darauffolgenden Arbeitstag einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Polizeigewerkschaft (***DPolG***), Landesverband Bayern e. V., auf mein 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.

**X** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers

|  |  |
| --- | --- |
| 􀂆 Ja, ich möchte mehr Informationen zur Absicherung gegen Polizeidienstunfähigkeit und bin mit der Weiterleitung meiner persönlichen Daten an die DBV einverstanden. | 􀂆 Ja, ich will ein 0,– Euro Bezügekonto der BBBank mit 30 Euro dbb Startguthaben eröffnen. Mit der Übermittlung meiner Adressdaten an die BBBank bin ich einverstanden. |