

Ich erkläre meinen Beitritt zur Christlichen Gewerkschaft Postservice und Telekommunikation

Name		Vorname		Anrede <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Div	
Straße		PLZ Wohnort			
Telefon	Handy		E-Mail		
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit		<input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Handy <input type="checkbox"/> E-Mail		
Arbeitgeber: Unternehmen		Niederlassung / Bereich		Unternehmen - Kennziffer	
Beamter / Beamtin <input type="checkbox"/>		Arbeitnehmer(in) <input type="checkbox"/>		Auszubildende(r) <input type="checkbox"/>	
Ruheständler(in) <input type="checkbox"/>		Personalnummer			
Besoldungs-/Vergütungs-/Lohngruppe	Brutto-Einkommen monatlich	Zahl der Kinder gem. LStK	Wochenarbeitszeit Std.	Ich wünsche die "DGZ" <input type="checkbox"/> gedruckt <input type="checkbox"/> digital	
Eintritt in die CGPT zum	Vormitgliedschaft bei	von	bis		
Bankverbindung für Beitragseinzug: Bank:		IBAN DE _____			
monatlicher Beitrag (*) EUR	Beitrag ab (*)	Einzug: monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/>		Einzug: am 1. <input type="checkbox"/> am 15. d. Monats <input type="checkbox"/>	
Überreicht durch: Name		LV/RV	Telefon/Handy		

(*) Spalte: „monatlicher Beitrag“ und „Beitrag ab“ wird von der CGPT laut gültiger Satzung errechnet und ausgefüllt.

Gläubiger Identifikationsnummer: **DE2900000241656**

Mandatsreferenz: _____ (wird von der CGPT eingesetzt!)

SEPA – Lastschriftmandat

Ich ermächtige die CGPT Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der CGPT 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.

Mir ist bekannt, dass die CGPT den Beitrag nach Gehaltserhöhungen prozentual anpasst.

Ich verpflichte mich, Änderungen der Bankverbindung der CGPT unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Entstehende Kosten für eine Rücklastschrift werden nicht von der CGPT übernommen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass die oben genannten Angaben zu meiner Person unter Beachtung der Bestimmungen des Bundesdatenschutz-gesetzes bei der CGPT gespeichert werden.

Diese Einverständniserklärung kann ich nur gegenüber der CGPT widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift

Interne Vermerke: