

Werden Sie jetzt DHV-Mitglied

Ich erkläre ab _____ meinen Beitritt zur
DHV-Die Berufsgewerkschaft, Postfach 261351, 20503 Hamburg

Name, Vorname:	Geburtsdatum u. -ort:				
Straße und Hausnummer:	Postleitzahl, Wohnort:				
Telefon Privat:	Telefax Privat:				
Tätig als:	() Vollzeit () Teilzeit mit ____ Wochenstd. () Azubi von bis				
E-Mail: dienstlich (externe)	E-Mail: privat				
Geschäftsstelle (Nr. und Name):	Telefon (dienstlich):				
Aktuelle Funktion (z.B. ÖPR, JAV, HPR, HJAV):	Infos per Mailverteiler (Ja/Nein):				
Ich zahle einen einkommensgerechten Beitrag in Höhe von Euro ***:					
Ort, Datum:	Unterschrift:				
*** Ihr DHV-Beitrag ist als Werbungskosten steuerlich absetzbar und beträgt monatlich 1% vom Bruttoarbeits- bzw. Vorruhestandseinkommen oder der Rente, mindestens 6,00 Euro, höchstens 20,00 Euro . Monatliche Sonderbeiträge gelten für Auszubildende: 3,00 Euro. Freiwillige Beiträge können ab monatlich 21,00 Euro entrichtet werden.					
Ich ermächtige den DHV widerruflich, den Mitgliedsbeitrag einkommensgerecht von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen: () monatlich () vierteljährlich () halbjährlich () jährlich					
Geldinstitut/ BLZ:	Konto-Nummer / Kontoinhaber:				
Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einziehung, Die Daten werden maschinell erfasst und verarbeitet. Die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes werden beachtet.					
Unterschrift des Kontoinhabers:					
Landesverband:	Ortsgruppe:	Eingang:	bestätigt:	Geworben durch:	Mitgl.-Nr.:

Ihre DHV - Bundesfachgruppe **ERSATZKASSEN** - Fax 040/63280225 – Email: dhv@dhv-cgb.de