

# Beitrittserklärung

## Beitrittstermin

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur  
Kommunikationsgewerkschaft DPV **DPVKOM**

ab dem 01. \_\_\_\_\_ 20\_\_

*Widerrufsrecht:* Innerhalb von 14 Tagen nach Eingang der Beitrittserklärung kann der Beitritt formlos gegenüber der Kommunikationsgewerkschaft DPV (DPVKOM), Fränkische Str. 3, 53229 Bonn widerrufen werden.

## Datenschutz

Die von mir nachstehend gemachten Angaben werden für Zwecke der satzungsgemäßen Aufgaben der DPVKOM verarbeitet. Eine anderweitige, über die Erfüllung ihrer satzungsmäßigen Aufgaben und Zwecke hinausgehende Datenverarbeitung oder Nutzung ist der DPVKOM nur erlaubt, sofern sie aus gesetzlichen Gründen hierzu verpflichtet ist oder ich ausdrücklich eingewilligt habe. Ein Datenverkauf ist nicht statthaft.

Jedes Mitglied hat darüber hinaus im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften der EU Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) das Recht auf Auskunft über die zu seiner Person gespeicherten Daten, deren Empfänger und den Zweck der Speicherung (Art. 15 DS-GVO) sowie auf Berichtigung (Art. 16 DS-GVO), Löschung (Art. 17 DS-GVO), das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Artikel 18 DS-GVO), das Recht auf Datenübertragbarkeit (Artikel 20 DS-GVO), das Widerspruchsrecht (Artikel 21 DS-GVO) und das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde (Artikel 77 DS-GVO). Weitere Informationen zu Ihren Rechten nach der DS-GVO erhalten Sie unter [www.dpvkom.de/hinweise-zum-datenschutz/](http://www.dpvkom.de/hinweise-zum-datenschutz/).

## Persönliche Angaben (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen / \*Pflichtfeld / \*\* für gewerkschaftliche Informationen)

Name, Vorname \*

Geburtsdatum \*

Geschlecht m / w / div. \*

Straße, Hausnummer \*

Postleitzahl, Wohnort \*

Telefon \*\* privat

dienstlich

E-Mail \*\* privat

dienstlich

Beruf / ausgeübte Tätigkeit

Arbeitgeber / Beschäftigungsstelle \*

Mitglied einer anderen Gewerkschaft seit (Datum)

Monatsbrutto in EURO \*

Wochenarbeitszeit (Std.)

Arbeiter/in	Beamter/in	Insihberurl.	Auszubildende/r	Rentner/in/Pensionär/in
-------------	------------	--------------	-----------------	-------------------------

Personalnummer \*

DE

IBAN (22 Ziffern inkl. Länderkennzeichen)

BIC

Geldinstitut

Kontoinhaber

Datum, Unterschrift \*

## Beitragseinzug (\*Pflichtfeld)

Mit dem monatlichen Beitragseinzug durch den Arbeitgeber für die DPVKOM oder Beitragseinzug von meinem Konto mittels SEPA-Lastschriftmandat zum 01. oder 15. des Monats bin ich einverstanden.

SEPA Lastschriftmandat

Kommunikationsgewerkschaft DPV (DPVKOM) • Fränkische Str. 3 • 53229 Bonn

Gläubiger-Identifikationsnummer DE60ZZZ00000146911 – Mandatsreferenz ist die Mitgliedsnummer und wird separat mitgeteilt.

Ich ermächtige die DPVKOM, die monatlichen Beitragszahlungen vom vorstehend genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich das Kreditinstitut an, die von der DPVKOM auf das Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Lastschritfeinzug erfolgt grundsätzlich am 1. des Monats; fällt dieser auf ein Wochenende, erfolgt der Lastschritfeinzug am 1. Werktag des Monats. Änderungen vorbehalten.

*Hinweis:* Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Datum, Unterschrift \*

## Werber (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name, Vorname

Anschrift

DE

IBAN (22 Ziffern inkl. Länderkennzeichen)

BIC

Geldinstitut

Kontoinhaber

Bitte möglichst vollständig ausgefüllt senden an:  
DPVKOM-Bundesgeschäftsstelle • Fränkische Str. 3 • 53229 Bonn  
oder per Telefax an 0228 91140-98 oder per E-Mail an [info@dpvkom.de](mailto:info@dpvkom.de)