

Ja, ich möchte Mitglied im **komba kreisverband kassel** werden

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Straße/Nr

.....
PLZ/Ort

.....
Telefon/Mobil (freiwillig)

.....
E-Mail (zur effektiven und nachhaltigen Mitgliederverwaltung)

.....
Berufsbezeichnung

.....
Dienstherr/Arbeitgeber

.....
Dienststelle/Betriebsteil

.....
Besoldungs-/Entgeltgruppe

.....
Ich wurde geworben von

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Tarifbeschäftigte/r Beamtin/Beamter in Ausbildung im Ruhestand
 in Teilzeit _____ Std. im Personal-/Betriebsrat

Die Bestimmungen der Satzung des **komba kreisverbands kassel** erkenne ich an.
Alle Angaben unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen.

Datenschutzhinweis

Ich bin damit einverstanden, dass die mit diesem Beitrittsformular erhobenen, personenbezogenen Daten für die Zwecke der **komba gewerkschaft hessen - kreisverband kassel** - gemäß Artikel 6 Abs. 1a EU-DSGVO gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.

Mir ist dabei klar, dass diese Einwilligung freiwillig und jederzeit widerruflich ist. Der Widerruf ist per E-Mail oder postalisch an den **komba kreisverband kassel** zu richten.

Ich bestätige, dass ich die Datenschutzerklärung der **komba hessen** unter www.komba-hessen.de zur Kenntnis genommen habe und akzeptiere.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Die monatlichen Beiträge bei einem monatlichen Brutto-Einkommen betragen:

bis 1.500 € 6 €

Auszubildende/Anwärter (w/m/d) 3 €

1.501 bis 3.000 € 9 €

Rentner/Pensionäre (w/m/d) 6 €

über 3.000 € 12 €

Ein Aufnahmebeitrag wird nicht erhoben.

Überweisungskonto: BB Bank IBAN DE80 6609 0800 0007 4700 29