

Kostenträger

Gebühr
frei

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft

Gebühr
pflichtig

Name, Vorname des Versicherten

**alle Beschäftigten und Auszubildenden
im Gesundheits- und Sozialwesen,
Diakonie, Caritas, Kirchen**

noctu

Sonstige

Kassen-Nr.

Mitglieds-Nr.

Status

Unfall

Die Nr. 1

wird bei Abgabe mitgeteilt

ArbeitnehmerIn oder
Auszubildende/r

Arbeits-
unfall

RP. (Bitte Leerräume durchstreichen)

aut
idem

aut
idem

aut
idem

Nur Original verwenden!

1 x ver.di Mitgliedschaft

Für guten Lohn mit guten Arbeits-
bedingungen und einem Tarifvertrag
fragen Sie Ihre MAV oder ver.di

S O F O R T

Abgabedatum bei
Ihrer Gewerkschaft

**Bei Arbeitsunfall
auszufüllen!**

Unfalltag

1. Arbeitstag

Unfallbetrieb oder Arbeitgeber

N A M E E I N T R A G E N

BVG Hilfs- Impf- Spr.-St. Begr.-
mittel stoff Bedarf Pflicht Apotheken-Nummer / IK

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------

Zuzahlung

Gesamt-Brutto

1 % vom Bruttolohn

Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.

1. Verordnung

Selbstbewusstsein

2. Verordnung

Solidarität

3. Verordnung

ver di

Vertragsarztstempel



**Fachbereich Gesundheit,
Soziale Dienste, Wohlfahrt
und Kirchen**

Tel: 030 6956 1885

Mail: berno.schuckart-witsch@ver.di.de

Vor- und Nachname

 Beruf, Studienfach, Schulart

 Straße und Hausnummer

 Firma, Hochschule, Schule, Ort

 Postleitzahl, Ort

 Ausbildungsjahr

 Geburtsdatum

 Mtl. Bruttoeinkommen

 eMail

Werber_in

 Telefon

 Vor- und Nachname

 Handy

 Geburtsdatum

 Staatsangehörigkeit

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 1 Prozent meines monatlichen Bruttoeinkommens, für Mitglieder ohne Einkommen 2,50 Euro monatlich. Ich kann meine Mitgliedschaft jederzeit mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende kündigen.

 weiblich männlich

 Auszubildende_r* Schüler_in*

 Student_in*

 Praktikant_in* Beamter_in

 Erwerbslose_r

 Angestellte_r Arbeiter_in

 Selbständige_r

 Freiwilligen-
dienstleistende_r JAV-Mitglied

 * Bis wann? (M/J)

 Datum, Unterschrift

Abbuchung meines Mitgliedsbeitrags
 monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

 IBAN

 BIC

 Bank

 Vor- und Nachname Kontoinhaber_in

 Straße und Hausnummer

 PLZ, Ort

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft:

 Gläubiger-Identifikationsnummer DE61ZZZ00000101497
 Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige ver.di, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von ver.di auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

 Datum, Unterschrift