|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nachname: |       | Vorname: |       |
| Titel: |       | Geboren am: |       |
| Straße, Hausnummer: |       | PLZ, Ort: |       |
| Amts-/Dienstbezeichnung: |       | Bes.-/Vergütungsgruppe: |       |
| Teilzeit ja/nein: |  |  |  |
| Eintritt bei der Bank: |       |  |  |
| Dienststelle: |       | Abt./ Ordnungsmerkmal: |       |

Ich bin damit einverstanden, dass meine oben genannten Daten von der VdB Bundesbankgewerk­schaft elektronisch gespeichert und ausschließlich für deren Mitgliederverwaltung ver­wendet werden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur zum Zweck der Gewährung satzungsgemäßer Leistungen (z. B. Zeitschriftenversand).

Mit der Veröffentlichung meiner Geburtstagsdaten im VdB-Magazin ab dem 75. Geburtstag bin ich einverstanden.\*)

Die Änderung meiner Daten, insbesondere der Anschrift, der Besoldungs-/ Vergütungsgruppe sowie der wöchentlichen Arbeitszeit, teile ich der Gewerkschaft unverzüglich mit.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |

|  |  |
| --- | --- |
| Werber: |  |

\*) Nichtzutreffendes bitte streichen.

VdB Bundesbankgewerkschaft

- im dbb und tarifunion - e.V.

Wilhelm-Epstein-Straße 14

60431 Frankfurt

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE47VDB00000398763

**SEPA-Lastschriftmandat (Basismandat)**

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige die VdB Bundesbankgewerkschaft, alle bestehenden und künftigen Forderun­gen (insbesondere aus dem gegenwärtigen oder früheren Mitgliedsverhältnis und/oder Beiträge zu Sterbegeldversicherungen) von meinem nachfolgend genannten Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut (kontoführende Stelle) an, die aufgrund dieses Mandates 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kontoinhaberin/Kontoinhaber: |  |  |
|  |  |  |
| Name |  | Vorname |
|  |  |  |
|       |  |       |
|  |  |  |
| Straße, Hausnummer |  | Postleitzahl, Ort |
|  |  |  |
|       |  |       |
|  |  |  |
| Name Kreditinstitut |  | BIC |
|  |  |  |
|       |  |       |
|  |  |  |
| IBAN |  | Land |
|  |  |  |
| **DE**      |  | **Deutschland** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift Kontoinhaberin/Kontoinhaber |
|  |  |  |
|       |  |  |
|  |  |  |