

BEITRITTSERKLÄRUNG

Aktion gilt bis auf Widerruf



DPoIG

DEUTSCHE POLIZEIGEWERKSCHAFT
im DBB

Den vollständig ausgefüllten Antrag einfach per Post, Fax oder E-Mail an:
DPoIG NRW · Graf-Adolf-Platz 6 · 40213 Düsseldorf
Fax: 0211 / 21 09 09 88 · E-Mail: info@dpolg-nrw.de

Datenschutzerklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass meine folgenden Daten zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und des Mitgliederservices gespeichert und verarbeitet werden. Weitere Informationen zum Datenschutz unter www.dpolg-nrw.de/datenschutz

Die Satzung kann eingesehen werden unter www.dpolg-nrw.de/service/download

ANGABEN ZUR MITGLIEDSCHAFT

Ich beantrage folgende Mitgliedschaft in der DPoIG NRW:

- ☐ Beamte/-r
☐ Regierungsbeschäftigte/-r
☐ Anwarter/-in

Ich beantrage die Mitgliedschaft:

- ☐ zum _____ (Datum)
☐ zum nächstmöglichen Zeitpunkt

ALLGEMEINE ANGABEN

Nachname, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefon (privat)	Telefon (mobil)
E-Mail (privat)	E-Mail (dienstlich)
Ort, Datum	Unterschrift

ANGABEN ZUR ZAHLUNG

Einzugsermächtigung zur Forderung mittels SEPA –Lastschrift:

Ich/wir ermächtige/n den Zahlungsempfänger DPoIG NRW e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger DPoIG NRW e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: wiederkehrende Leistungen. Mandatsreferenz: wird von der DPoIG NRW e.V. mitgeteilt. Gläubiger-Identifikationsnummer der DPoIG NRW: DE57 ZZZ 000 007 924 03

Bankinstitut	IBAN
Kontoinhaber/in Name, Vorname	BIC
Ort, Datum	Unterschrift Kontoinhaber/in

AUSTRITTSERKLÄRUNG

Ich bin bisher Mitglied in einer anderen Gewerkschaft bzw. Berufsvertretung.

- ☐ Hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft

in/bei	zum (Datum) / spätestens zum nächstmöglichen Zeitpunkt
Nachname, Vorname	Geburtsdatum
Ort, Datum	Unterschrift

INDIVIDUELLE ANGABEN

- ☐ **BEAMTE/-R**
☐ **REGIERUNGSBESCHÄFTIGTE/-R**

Behörde

Dienststelle

Besoldungsgruppe/Entgeltgruppe

Telefon (dienstlich)

E-Mail (dienstlich)

Unterschrift

Prämie

- ☐ einen Gutschein über 50 € von www.wunschgutschein.de
☐ Ich wurde von folgendem DPoIG-Mitglied geworben:

Nachname, Vorname

Mitgliedsnummer

- ☐ Der Werber erhält einen Gutschein in Höhe von 25 €.
☐ Der Gutschein wird an das Neumitglied abgetreten.

BBBankGirokonto

- ☐ Ich habe Interesse an einem BBBank Girokonto ab 50 Euro dbb Startguthaben inklusive kostenfreier DPoIG-Kreditkarte der BBBank. Ich willige ausdrücklich und in stets widerruflicher Weise ein, dass meine Kontaktdaten an die BBBank übermittelt werden. Mit einer Kontaktaufnahme durch die BBBank zu werblichen Zwecken bin ich einverstanden.

Debeka Vorsorgecheck

- ☐ Ich möchte den unverbindlichen Vorsorgecheck der Debeka^{*} und sichere mir so einen Gutschein in Höhe von 25 € von www.wunschgutschein.de. Zu diesem Zwecke möchte ich kontaktiert werden
☐ per E-Mail ☐ per Telefon

☐ ANWÄRTER/-IN

Studienstandort

Einstellungsbehörde

Einstellungsjahrgang HSPV/Kurs

E-Mail (@studium.hspv.nrw.de)

E-Mail (privat)

Unterschrift

Prämie

- ☐ hochwertiger Einsatzrucksack mit Patch und Trinkflasche *oder*
☐ einen Gutschein über 50 € von www.wunschgutschein.de *oder*
☐ die fünf Polizeifachhandbücher (auch in digitaler Form) und die PDV 100 (wird fürs Studium benötigt)

„Polizei-Fach-Handbuch“, Ausgabe NRW

- ☐ hiermit bestelle ich das Polizei-Fach-Handbuch beim VERLAG DEUTSCHE POLIZEILITERATUR GMBH Buchvertrieb (VDP) mit Abonnement. Lieferumfang Loseblatt-Ausgabe: Grundwerk mit 5 Ordnern, ca. 6.200 Seiten, zu 56,00 € plus 5 Nachträge pro Jahr. Der Preis der Aktualisierungen richtet sich nach dem Umfang, der Umfang ist abhängig vom Gesetzgeber. Bezugsbedingungen: Die Bestellung gilt für die Mindestdauer von 12 Monaten. Das Abonnement verlängert sich nach Ablauf der Mindestbezugsdauer um jeweils ein Quartal, falls nicht spätestens 6 Wochen vor Quartalsende gekündigt wurde.

Zahlungswunsch:

- ☐ Abbuchung. Ich ermächtige hiermit die VERLAG DEUTSCHE POLIZEILITERATUR GMBH Buchvertrieb, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der VDP GMBH Buchvertrieb gezogen Lastschriften einzulösen.
☐ nach Lieferung durch Überweisung.

Widerrufsrecht: Ich weiß, dass ich meine Bestellung ohne Begründung innerhalb von 14 Tagen widerrufen kann. Hierzu muss ich mittels einer eindeutigen Erklärung (z.B. per Brief, Telefax oder E-Mail) den VERLAG DEUTSCHE POLIZEILITERATUR GMBH Buchvertrieb, Forststraße 3a, 40721 Hilden, E-Mail: service@vdpolizei.de, Telefon: 0211-7104 212, Fax: 0211-7104 270, informieren. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte den AGB unter www.vdpolizei.de. Dort finden Sie auch Hinweise zu den Datenschutzregelungen. Ich willige ausdrücklich ein, dass meine hier erhobenen Daten an den VERLAG DEUTSCHE POLIZEILITERATUR GMBH weitergeleitet werden.

Beitragsfreie Anwartschaft der Debeka Krankenversicherung

- ☐ Ich wünsche eine Beratung zu der beitragsfreien kleinen Anwartschaftsversicherung der Debeka während meiner Ausbildung (max. 3 Jahre)^{*}
☐ Ich benötige keine kostenlose kleine Anwartschaftsversicherung.

BBBank Junges Konto – Speziell für Mitglieder der DPoIG

- ☐ Ich habe Interesse an einem kostenfreien Konto mit kostenfreier Visa Debitkarte und einer Startprämie von 100€. Ich willige ausdrücklich und in stets widerruflicher Weise ein, dass meine Kontaktdaten an die BBBank übermittelt werden. Mit einer Kontaktaufnahme durch die BBBank zu werblichen Zwecken bin ich einverstanden.

^{*}Mit ankreuzen des Feldes willige ich ein, dass die Debeka Krankenversicherungsverein a.G. meine oben angeführten Daten zum Zwecke der Vereinbarung eines Beratungstermins sowie zur Durchführung des Vorsorgechecks speichert, verarbeitet und nutzt und ggf. an weitere Unternehmen der Debeka-Gruppe (Lebensversicherungsverein a. G., Allgemeine Versicherung AG, Pensionskasse AG, Bausparkasse AG) zu diesem Zweck und für eine auf diesen Zweck bezogene Verarbeitung und Nutzung übermittelt. Ich bin damit einverstanden, dass mich ein Mitarbeiter der Debeka-Gruppe zu diesem Zweck telefonisch und mittels elektronischer Post kontaktiert. Ich kann die erteilte Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an den Debeka Krankenversicherungsverein a.G., 56058 Koblenz.

Ort, Datum

Unterschrift