



Wichtige Information für unsere Mitglieder:

**Der SEV zahlt den
Nettolohnausgleich
für die Warnstreikaktion
am 04. Mai 2022!**

Hinweise zur Gewährung des Nettolohnausgleiches:

Voraussetzung ist der Eintrag in die Streikliste im Anhang.

Wenn Ihnen das Gehalt aufgrund der Streikteilnahme vom Arbeitgeber gekürzt wird, senden Sie bitte die **Kopie der Bezügemitteilung, auf der der Abzug erfolgte, innerhalb von 4 Wochen** an die SEV-Landesgeschäftsstelle.

Bitte geben Sie Ihre **Mitgliedsnummer** an.

Die Überweisung des Nettolohnausgleichs erfolgt dann umgehend.

Bei Rückfragen:

Tel: 0351/8392240

E-mail: kontakt@sev-gewerkschaft.de



Antrag auf Mitgliedschaft

Mitgliedsnummer: (wird von der Landesgeschäftsstelle ausgefüllt)

Eintrittsdatum:

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im SEV unter Anerkennung der Satzung:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift
PLZ/ Ort: _____ Straße: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____ mobil: _____ E-Mail-Adresse: _____

Ausbildung/Beruf: _____ Entgeltgruppe: _____

Anschrift Arbeitsstelle: _____

Anschrift Träger: _____

Einrichtung in kommunaler Trägerschaft

Einrichtung in freier Trägerschaft (z. Bsp. Verein, Kirche, GmbH)

Bitte das für Sie Zutreffende ankreuzen:

Beschäftigungsumfang 90 bis 100 %		Beschäftigungsumfang 70 bis < 90 %		Beschäftigungsumfang unter 70 %			
Angestellte/r		Elternzeit von:..... bis:.....		langzeitkrank (nach Antragstellung)		beurlaubt	
Auszubildende/r		Studierende/r		Rentner/in		arbeitssuchend	

Datenschutzerklärung / Einwilligung

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen der Mitgliederverwaltung elektronisch erfasst, gespeichert, bearbeitet und auch weitergegeben werden. Es ist dabei gewährleistet, dass dies nur zur Erfüllung der Verbandsaufgaben und zur Inanspruchnahme der Leistungen aus der Mitgliedschaft erfolgt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnis davon und mein Einverständnis.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

SEPA-Lastschrifteinzugsermächtigung: Bitte unbedingt ausfüllen!

Ich ermächtige den SLV (Gläubigeridentifikation: DE41SLV00000365988) widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos mittels Lastschrift abzubuchen. Sollte Ihr Konto die erforderliche Deckung nicht aufweisen, entstehen Ihnen zusätzliche Kosten. Hinweis: Sie können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem ersten Buchungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: _____ BIC: _____

Name des Kontoinhabers: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____