

## Neues Mitglied

Mitgliedsnummer

von der Mitgliederverwaltung auszufüllen

### Persönliche Daten

Anrede\*  Frau  Herr  \* Pflichtangaben

Name\*

Vorname\*

Straße/Nr.\*

PLZ\*

Ort\*

Geburtsdatum\*  /  /  TT.MM.JJJJ



Gewerkschaft  
der Polizei

### Mitgliederzeitung

ja  nein

### Newsletter

ja  nein

### Bankverbindung

Bank

IBAN\*

BIC\*

### Abbuchung

Für Monatsabbucher buchen wir immer zum 1. Werktag des Monats ab.

Für Quartalsabbucher buchen wir immer zum 1. Werktag im 2. Monat des Quartals ab.

monatlich  
 vierteljährlich

Kontoinhaber

### SEPA - Erklärung

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats (Kombimandat)  
Einzugsermächtigung: Hiermit ermächtige ich die Gewerkschaft der Polizei widerruflich durch Lastschrift von meinem Konto abzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die Gewerkschaft der Polizei, Beiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der GdP 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.

Lastschrift erteilt

### Mitglied werden

Beginn der Mitgliedschaft\*  /  /  TT.MM.JJJJ

Neumitglied  ja  nein

Übertritt von (Vorzeiten)

Fortsetzung der Mitgliedschaft meines/  
meiner verstorbenen Ehepartners/in  ja  nein

Name des Ehepartners

Eintritt in die Polizei / Feuerwehr\*  ja  nein  /  /  TT.MM.JJJJ

### Veröffentlichung von Geburtstagen und Jubiläen

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Name, Alter und die Dauer meiner Mitgliedschaft bei Geburtstagen und Jubiläen in der

Mitgliederzeitschrift DEUTSCHE POLIZEI  
 im Internetauftritt GdP LB Berlin  
 in der App der GdP veröffentlicht wird.

### Dienststelle

Dienststelle bzw. Direktion*	
<input type="checkbox"/> Polizei	<input type="checkbox"/> Feuerwehr
<input type="checkbox"/> LABO	<input type="checkbox"/> andere Behörde
Amtsbezeichnung	
Besoldungs- oder Entgeltgruppe*	
Teilzeit (in Prozent)	

### Erreichbarkeit

Telefon Dienst	
Telefon mobil	
Email Dienst	
Email Sonstige	

### Status

1 <input type="checkbox"/> Beamter	2 <input type="checkbox"/> Angestellter	3 <input type="checkbox"/> Lohnempfänger	4 <input type="checkbox"/> sonstige
------------------------------------	---	--	-------------------------------------

### Sparte

1 <input type="checkbox"/> Schupo	2 <input type="checkbox"/> Kripo	3 <input type="checkbox"/> nicht technische Verwaltung	4 <input type="checkbox"/> Polizei-angestellte
5 <input type="checkbox"/> Technischer Dienst	6 <input type="checkbox"/> Bezirkliche Ordnungsämter	7 <input type="checkbox"/> Feuerwehr	8 <input type="checkbox"/> Mitglied außerhalb des öffentlichen Dienstes

### Mitgliederschlüssel

1 <input type="checkbox"/> mittlerer Dienst	2 <input type="checkbox"/> gehobener Dienst	3 <input type="checkbox"/> höherer Dienst	4 <input type="checkbox"/> Tarifbeschäftigter
5 <input type="checkbox"/> Auszubildender Tarif	6 <input type="checkbox"/> Pensionär/Rentner	7 <input type="checkbox"/> Mitglieds-hinterbliebene	

### Beitragsschlüssel

27 <input type="checkbox"/> für Auszubildende oder Studenten
--

### Anwartschaft

- Ich verzichte ausdrücklich auf die im Gewerkschaftsbeitrag enthaltene Anwartschaftsversicherung während meiner Ausbildung über die Signal Iduna Krankenversicherung.

Die Anwartschaftsversicherung ist als Zusatzleistung für Polizeianwärter bereits im Gewerkschaftsbeitrag enthalten.

### Erklärungen

- ja **Ich erkenne die Satzung an\***

Ich ermächtige die Gewerkschaft der Polizei und die in ihrem Auftrage handelnde Organisations- und Service Gesellschaft der Gewerkschaft der Polizei mbH, die im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft stehenden Daten elektronisch zu speichern und im Rahmen der Zweckbestimmung meiner Mitgliedschaft für Maßnahmen sowie des Mitgliederservices sowie auch der GdP Service GmbH Berlin und des Kooperationspartners SIGNAL Krankenversicherung a.G. zu nutzen, soweit dies zur Betreuung des Ermächtigten oder zur ordnungsgemäßen Durchführung der Mitgliedschaft und den enthaltenen

Mitgliedschaftsleistungen erforderlich ist. Die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zur Datenübermittlung bleiben unberührt. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Deutsche Post AG im Umzugsfalle meine neue Adresse an den Verleger der Mitgliedszeitung „DEUTSCHE POLIZEI“ weiterleitet.

### Willenserklärung

Im Falle meines Todes ist die Sterbehilfe der GdP und ggf. die Versicherungssumme aus der bei der PVAG bestehenden Unfallversicherung zu zahlen an:

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	/ / TT.MM.JJJJ
zusätzliche Information	

Datum, Unterschrift

--

## Werber

Name*	
Vorname*	
Mitgliedsnummer	
Geburtsdatum*	/ / TT.MM.JJJJ
Email oder Telefon*	

- ein neues Mitglied  
 ab zwei neue Mitglieder  
 Mitglied aus dem „Bestand“