

Mitglieds-Nr \_\_\_\_\_  
(füllt die Geschäftsstelle aus!)

## Aufnahme-Antrag

Ich beantrage hierdurch meine Aufnahme in die

### Deutsche Steuer-Gewerkschaft

Landesverband Niedersachsen e.V.

Kurt-Schumacher-Str. 29, 30159 Hannover

Mit Wirkung vom.....Teilzeit: ja ( ) zu % nein ( )

Name: ..... Vorname: .....

Geburtstag: .....

Anschrift: .....  
(Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

Telefon dienstlich: ..... privat: .....

Telefon mobile: ..... Dienstbezeichnung: .....

Finanzamt: .....

Besoldungsgruppe / TB Entgeltgruppe: .....

**Beitrag pro Quartal Euro.....(pro Monat Euro.....)**  
**Der Beitrag ist fällig zum 1. des zweiten Monats im Quartal.**

Die Satzung der DSTG Niedersachsen in der aktuell gültigen Fassung erkenne ich hiermit ausdrücklich an. Diese kann jederzeit im Internet unter [www.dstgnds.de](http://www.dstgnds.de) eingesehen werden.

Ich ermächtige die DSTG widerruflich, den satzungsgemäß festgelegten Gewerkschaftsbeitrag bei Fälligkeit per SEPA-Mandat einzuziehen. Das SEPA-Mandat füge ich ausgefüllt bei.

.....  
**Ort/Datum**

.....  
**Unterschrift**

Bitte füllen Sie den Antrag **deutlich** in Druckbuchstaben aus.

**Geworben von:**.....

Name, Vorname, vollständige (Privat-) Anschrift

Mitglieds-Nr \_\_\_\_\_  
(füllt die Geschäftsstelle aus!)

## SEPA - Lastschriftmandat

Wiederkehrende Zahlungen

Zahlungsempfänger:

**Deutsche Steuer-Gewerkschaft**  
Landesverband Niedersachsen e.V.  
Kurt-Schumacher-Str. 29, 30159 Hannover

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE65ZZZ00000611257**

**Mandatsreferenznummer:** *entspricht der Mitgliedsnummer (wird bei Neueintritt noch vergeben und mitgeteilt).*

Ich ermächtige die

**Deutsche Steuer-Gewerkschaft (DSTG), Landesverband Niedersachsen e. V.**,  
Zahlungen (Mitgliedsbeitrag) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.  
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der  
**Deutschen Steuer-Gewerkschaft (DSTG), Landesverband Niedersachsen e. V.**,  
auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Name, Vorname): \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift

Bitte füllen Sie dieses Mandat **deutsch** in Druckbuchstaben aus.