

# Verband Hochschule und Wissenschaft

Landesverband Mecklenburg-Vorpommern  
im dbb beamtenbund und tarifunion



Gläubiger-ID: DE45VHW00000453798

## An den vhw m-v

z. Hd. Herrn Prof. Dr. M. Krüger  
c/o Hochschule Wismar  
Philipp-Müller-Straße  
23966 Wismar

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meine Mitgliedschaft im VERBAND HOCHSCHULE UND WISSENSCHAFT /  
Landesverband Mecklenburg-Vorpommern (vhw m-v)

zum (Datum) \_\_1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name Vorname akad. Grad / Titel

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum dienstl. Funktion/Fachrichtung Besoldungs-/Entgeltgr.

**Privatanschrift:** \_\_\_\_\_

Tel. (p) \_\_\_\_\_ Fax (p) \_\_\_\_\_ E-Mail(p) \_\_\_\_\_

**Dienstanschrift:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tel. (d) \_\_\_\_\_ Fax (d) \_\_\_\_\_ E-Mail (d) \_\_\_\_\_

Ich bin (zutreffendes ankreuzen)

Beamter/Beamtin  Arbeitnehmer/in  Pensionär/in  Rentner/in

Professor/in  wiss. Mitarbeiter/in  nichtwiss. Dienst

Mein Arbeits- bzw. Dienstverhältnis ist  unbefristet /  befristet bis \_\_\_\_\_

vollzeitbeschäftigt /  teilzeitbeschäftigt mit \_\_\_\_\_ %

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift



vhw m-v  
im dbb beamtenbund und tarifunion  
c/o Hochschule Wismar  
Philipp-Müller-Straße  
23966 Wismar

Gläubiger-ID: DE45VHW00000453798

## SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den Verband Hochschule und Wissenschaft (vhw) stets widerruflich, die von mir zu zahlenden Mitgliedsbeiträge vierteljährlich, jeweils am 15.01., 15.04., 15.07. und 15.10. des Jahres, von meinem Konto durch Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom vhw m-v gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name, Ort)

DE\_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift