

Werden Sie Mitglied bei der CGM

Füllen Sie hierzu einfach folgendes Formular aus:

Name

Vorname

eMail

Straße

PLZ Ort

Geburtsdatum

Geburtsort

Telefon privat

Telefon geschäftlich

Beruf

Krankenkasse

Arbeitgeber/Abt.

monatl. Beitrag (in Euro)

Familienstand

Kinderzahl

Übertritt aus Gewerkschaft

Mitglied derselben seit

Einzugsermächtigung

zum Einzug meiner Mitgliedsbeiträge mittels Lastschrift. Mit dem Beitragseinzug von meinem Konto bin ich einverstanden. Ich bin davon unterrichtet, dass die CGM die entsprechenden Daten zu meiner Person unter Beachtung des Datenschutzgesetzes speichert.

Beiträge sollen ab: monatlich/vierteljährlich/halbjährlich/jährlich*

von folgendem Konto abgebucht werden:

Konto-Nr.

Bank

Bankleitzahl

Ort, Datum

Unterschrift

Sonstige Mitteilung

* Nichtzutreffendes bitte streichen