

PERSÖNLICHE ANGABEN Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Name / Vorname / Titel		<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Divers		Geb. am		Eintritt zum	
<input type="text"/>				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>	
Straße / Hausnummer				Tag Monat Jahr		Monat Jahr	
<input type="text"/>				PLZ / Ort			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			
Amtsbezeichnung				Besold.- / Entgeltgruppe			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			
Dienststelle							
<input type="text"/>							
Telefon privat				Telefon dienstlich			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			

E-Mail (*Ich bin damit einverstanden, dass diese E-Mail-Adresse für alle Kommunikationsprozesse mit dem BDK verwendet wird*)

EINZUGSERMÄCHTIGUNG (vierteljährlich am 15.02. / 15.05. / 15.08. / 15.11.)

IBAN

A horizontal number line with 21 evenly spaced tick marks, labeled from 1 to 21.

Hiermit erteile ich dem Bund Deutscher Kriminalbeamter e. V. (BDK) die Vollmacht, bis auf schriftlichen Widerruf den Mitgliedsbeitrag vom obenstehenden Konto im Lastschriftverfahren abzubuchen.

VORMITGLIEDSCHAFT

Bei einem nahtlosen Übertritt aus einer anderen Gewerkschaft oder Berufsverband wird die vorangegangene Mitgliedschaft gemäß § 17 Nr. 6 der BDK-Bundessatzung einer BDK Mitgliedschaft angerechnet.

- ☐ Trifft zu. Ich füge den Nachweis des Zeitraums bei (ohne Nachweis ist eine Anrechnung nicht möglich).
- ☐ Trifft nicht zu.

Ort / Datum

Unterschrift

MITGLIEDSCHAFT Bitte Zutreffendes ankreuzen!

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Standardmitgliedschaft | <input type="checkbox"/> Schnuppermitgliedschaft |
| <input type="checkbox"/> Fördermitgliedschaft | <input type="checkbox"/> Hinterbliebenenmitgliedschaft |

MITGLIEDERSTATUS Bitte Zutreffendes ankreuzen!

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aktive Verbeamtete | <input type="checkbox"/> Teilzeit 75 % |
| <input type="checkbox"/> Tarifbeschäftigte | <input type="checkbox"/> Teilzeit 50 % |
| <input type="checkbox"/> Pensionierte/Rentner:innen | <input type="checkbox"/> Teilzeit 25 % |
| <input type="checkbox"/> Studierende/Auszubildende | |

BEGRÜSSUNGSPAKETE Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Pakete bei Standardmitgliedschaft

- ☐ Willkommen 1
- ☐ Willkommen 2
- ☐ Willkommen 3
- ☐ Willkommen 4
- ☐ Willkommen 5

Paket bei Schnuppermitgliedschaft

- ☐ Schnupperpaket

Geworben von

Name / Vorname ☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers

Dienststelle

Vom Landesverband / Verband (bitte gut lesbar) auszufüllen

Landesverband / Verband

Bezirksverband

Begrüßungspakete

- ☐ Versand der Begrüßungs-/Schnupperpakete über den BDK-Shop.
- ☐ Begrüßungs-/Schnupperpakete werden in Eigenregie übergeben.

Fördermitgliedschaft Monatsbeitrag: _____ €

Ort / Datum

Unterschrift / Stempel des Landesverbandes / Verbandes

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Die Satzung sowie die Ordnungen des Bund Deutscher Kriminalbeamter e. V. (BDK), einsehbar unter <https://www.bdk.de/der-bdk/wer-wir-sind/organisation/grundsatzdokumente>, sind mir bekannt und werden von mir als verbindlich anerkannt.

Der BDK sowie die zuständigen Landesverbände bzw. Verbände verarbeiten meine personenbezogenen Daten (einschließlich meiner E-Mail-Adresse) unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften der EU-Datenschutz-Grundverordnung

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG **Bitte ausfüllen!**

Darüber hinaus willige ich hiermit ausdrücklich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu folgenden Zwecken ein:

Fachzeitschrift »Der Kriminalist« (DK)

Mitglieder können die Fachzeitschrift in gedruckter Form erhalten oder nutzen das digitale Angebot in der BDK-App. Im Falle der Printausgabe wird die Fachzeitschrift als offene Postsendung in der Regel sechs Mal im Jahr an die gewünschte Anschrift geschickt.

- ☐ Nein, ich möchte den DK nicht in gedruckter Form erhalten.
- ☐ Ja, ich möchte den DK in gedruckter Form an meine private Anschrift erhalten.
- ☐ Ja, ich möchte den DK in gedruckter Form an folgende abweichende Lieferanschrift erhalten:
Mir ist bewusst, dass durch die Zustellung, z. B. an meine Dienststelle, Rückschlüsse auf meine Verbandszugehörigkeit möglich sind.

Firma / Behörde

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Name / Vorname

Ort / Datum

Unterschrift

(DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) zum Zweck der Begründung und Verwaltung meiner Mitgliedschaft.

Die Verarbeitung meiner Daten erfolgt auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO zur Erfüllung des zugrundeliegenden Vertragsverhältnisses oder zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen.

Weitere Hinweise zum Datenschutz sowie Informationen zu meinen Rechten kann ich unter <https://www.bdk.de/kontakt/datenschutz> einsehen.

BDK Mitgliederinformationen

- ☐ Übersendung der BDK Mitgliederinformationen an meine E-Mail-Adresse. Der Bezug der Mitgliederinformationen kann jederzeit abbestellt werden. Nach Beendigung Ihrer BDK Mitgliedschaft endet das Abonnement automatisch.

Einwilligung Anwartschaft

- ☐ Übermittlung an die Versicherungsgesellschaften Debeka oder DBV zwecks Kontaktaufnahme bezüglich einer Anwartschaftsversicherung. (Als Mitglied des BDK in der Ausbildung erhalten Sie für die Ausbildungsdauer von max. drei Jahren eine kostenlose Anwartschaftsversicherung bei der Debeka-Krankenversicherungsverein a. G. bzw. der DBV-Versicherung AG. Für die Beantragung werden sich zeitnah nach Abschluss der Mitgliedschaft Beschäftigte der ☐ Debeka oder der ☐ DBV (Zutreffendes bitte ankreuzen) mit Ihnen in Verbindung setzen.)
- ☐ Übermittlung an landes-/verbandsspezifische Versicherungsgesellschaften zwecks Kontaktaufnahme bezüglich einer privaten Krankenversicherung. Im BDK-Landesverband Hessen ist dies z. B. die Freie Arzt- und Medizinkasse (FAMK).

KÜNDIGUNG (bisherige Gewerkschaft/Verband)

Hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft zum nächstmöglichen Zeitpunkt und bitte um eine entsprechende Bestätigung, welche auch die Dauer meiner Mitgliedschaft umfasst.

Mit Ablauf meiner Mitgliedschaft widerrufe ich auch die Ihnen erteilte Ermächtigung zum Lastschrifteneinzug.

Name / Vorname

geb. am:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse

Meine Mitgliedschaft in der/dem (bisherige Gewerkschaft/Verband)

Mein(en) Mitgliedsausweis ☐ füge ich bei ☐ ging leider verloren

Ort / Datum

Unterschrift