



Fachgewerkschaft im dbb beamtenbund und tarifunion

Streikausweis

für die vereinfachte Abrechnung

www.komba.de

Vor- / Nachname

komba

örtliche Gliederung

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

E-Mail

Telefon / Mobil

Name Kontoinhaber (falls abweichend)

IBAN

BIC

Angaben zum Streik

Datum der Streikmaßnahme

Stunden

Streikdauer (nur Stunden für die Entgeltabzug erfolgt)

X

Unterschrift Streikleitung

Tarifvertrag:

TVöD TV-L Sonstiges, nämlich:

ggf. Tarifvertrag

Entgeltgruppe / Stufe

Beruf

in Ausbildung

Ausbildungsberuf/Studium (sofern in Ausbildung)

Ausbildungs- bzw. Studienjahr (sofern in Ausbildung)

Mitgliedsnummer

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten durch die komba gewerkschaft für Zwecke der Mitgliederverwaltung einverstanden.

Nach der geltenden Arbeitskampf- und Aktionsgeldunterstützungsordnung der komba gewerkschaft erfolgt die Gewährung von Streikgeld nur, wenn infolge der Streikteilnahme das Entgelt des Arbeitnehmenden durch den Arbeitgebenden gekürzt wird. Ich bestätige hiermit verbindlich, dass die Teilnahme an der o.g. Streikaktion während meiner Arbeitszeit erfolgt ist und mein Arbeitgebender deshalb mein Entgelt in entsprechender Höhe kürzen wird. Die komba gewerkschaft behält sich vor, diesbezüglich stichprobenartige Überprüfungen durchzuführen und ggf. ungerechtfertigt ausgezahltes Streikgeld zurückzufordern. Mir ist bekannt, dass das Streikgeld zurückgefordert werden kann, sollte ich innerhalb eines Jahres nach Beendigung der Streikmaßnahme aus der komba gewerkschaft austreten.

X

Ort / Datum / Unterschrift Mitglied