



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

Datum	Streikdauer in Stunden (nur Stunden für die Entgeltabzug erfolgt)	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 Streikgeldunterstützungsordnung der komba gewerkschaft erfolgt die Gewährung von Streikgeld nur, wenn infolge der Streikteilnahme das Entgelt des Arbeitnehmers durch den Arbeitgeber gekürzt wird. Ich bestätige hiermit verbindlich, dass die Teilnahme an der o.g. Streikaktion während meiner Arbeitszeit erfolgt ist und mein Arbeitgeber deshalb mein Entgelt in entsprechender Höhe kürzen wird. Die komba gewerkschaft behält sich vor, diesbezüglich stichprobenartige Überprüfungen durchzuführen und ggf. ungerechtfertigt ausgezahltes Streikgeld zurückzufordern.

**X**

\_\_\_\_\_

Ort / Datum / Unterschrift Mitglied

Um Streik- bzw. Warnstreikgeldunterstützung an Sie überweisen zu können, senden Sie bitte den **vollständig ausgefüllten Streikausweis** an Ihren **komba Landesverband**.