

**Antrag auf Streikgeld**

Warnstreik TV-Ärzte-VKA am 09.05.2023 in Frankfurt

Mitgliedsnummer ……….

 Nummer

Antragsteller ………

 Name, Vorname

 ……….

 Strasse, Hausnummer

 ……….

 PLZ Ort

Betrag 50,00 €

Kontoverbindung ……….

 Name der Bank

 ……….

 IBAN

 ……….

 BIC

Der Marburger Bund Hessen zahlt für die Teilnahme ein Streikgeld in Höhe von 50,00 €

Der Gehalts- / Stunden-Abzug ist Voraussetzung für die Zahlung des Streikgeldes und durch die Vorlage der Gehaltsabrechnung, Bestätigung des Arbeitgebers etc. nachzuweisen und dem Antrag beizulegen.

Die Zahlung von Streikgeld setzt eine Mitgliedschaft im MB voraus.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Datum und Unterschrift Antragsteller