****

**Antrag auf Streikgeld**

Warnstreik TV-Ärzte TDL am 30.01.2024 in Hannover

Mitgliedsnummer ……….

 Nummer

Antragsteller ………

 Name, Vorname

 ……….

 Strasse, Hausnummer

 ……….

 PLZ Ort

Betrag 50,00 €

Kontoverbindung ……….

 Name der Bank

 ……….

 IBAN

 ……….

 BIC

***Der Marburger Bund Bayern zahlt pro vollem Arbeitstag ein Streikgeld in Höhe von******€ 50,00,******bei geringerem Gehaltsabzug ein zeitanteiliges Streikgeld. Der Anspruch auf ein Streikgeld besteht auch bei einem Warnstreik.***

***Der Gehaltsabzug ist Voraussetzung für die Zahlung des Streikgeldes, durch die Vorlage der Gehaltsabrechnung, Bestätigung des Arbeitgebers etc. nachzuweisen und dem Antrag beizulegen.***

***Die Zahlung von Streikgeld ist an die Voraussetzung an eine zum Streiktag vorhandene Mitgliedschaft im MB gebunden.***

***Der Antrag auf Gewährung von Streikgeld ist innerhalb von sechs Monaten nach Fälligkeit (Abzug vom Gehalt) zu stellen (Ausschlussfrist).***

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email Antragsteller\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bei Rückfragen*

*Datum und Unterschrift Antragsteller*