

## Antrag auf Streikgeld

Streik vom:				
	Datum	Stadt		
Mitgliedsnummer:				
Antrogotollor:				
Antragsteller:	Name, Vorname			
	Straße, Hausnummer			
	PLZ, Stadt			
	,			
Betrag (in Euro):				
Bottag (iii Edio).				
Kontoverbindung:				
J	Name der Bank			
	IBAN	BIC		
		_	streik an den Unikliniken Tübin	gen,
		_	50,00 € (bei kürzerer	
			Streikgeld anteilig gezahlt).	
Voraussetzung für	die Zahlung des	Streikgeldes ist der	Abzug des Gehalts für	r den
Streiktag, der d	lurch Vorlage de	r entsprechenden Ge	ehaltsabrechnung nachzuweise	en ist
(Abrechnung bitte de	em Antrag beilegen	ı <b>).</b>	•	
			en, dass die <mark>Mitgliedschaft im I</mark>	MB am
Streiktag seit minde	stens 6 Monaten be	steht.		
Don Antrod out Cowi	ihrung van Ctrailege	ald lot innorhalb you dry	si Manatan naah Eälligksit /Ahru	10111010
Gehalt) zu stellen (A		id ist innernalb von dre	ei Monaten nach Fälligkeit (Abzu	ig vom
Genait) zu Stellen (A	ussciiiussiiisi <i>j</i> .			
Ort, Datum	Unterschrift d	es Antragstellers	E-Mail des Antragstellers (für Rückf	iragen)
			- '	•