

**NGG. Wir bei Upfield**

**INFO**

Werk Pratau und Zentrallager

Tarifinfo 2  
14.10.2021

**NGG**

GEWERKSCHAFT

# Magerkost oder Anerkennung?

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

am 9. November 2021 will deine NGG-Tarifkommission für dich verhandeln.

**Es geht um dein Geld!**

😊 **5% mehr sind fair! Warum?**

Weil in Kleve:

- ⊗ im Ecklohn 354€ mehr gezahlt wird!
- ⊗ sind es in der untersten Lohngruppe 308 € mehr!
- ⊗ sind es bei Azubis zwischen 120€-176€ mehr!

**Dafür musst du in Pratau aber auch noch 9 Stunden mehr im Monat arbeiten!**

**Fair ist unsere Forderung auch deshalb, weil:**

sich die Preissteigerungen in den letzten Monaten bei fast 4% eingepegelt haben!

Arbeits- und Fachkräfte sind ein wertvolles Gut! Und wir alle wissen: wertvolles Gut hat seinen Preis!

Du hast unter nicht leichten Bedingungen viel geschafft und hast in der Corona Pandemie einen guten Job gemacht.

**Fazit: 5% mehr sind fair. Ausgleich für mehr Arbeitszeit ist fair!**

*Gewerkschaft ist wie Fitnessstudio: Dein Beitrag hält den Laden am Laufen, aber Du musst auch hingehen, um stärker zu werden.*

*Unterstütze uns in der Tarifrunde 2021!*

Siehst du das auch so?  
Dann schreibe uns deine Meinung per WhatsApp an: 0151 - 677 481 55



## NGG-Infodienst

**Für Beschäftigte von Upfield Pratau und Zentrallager**

**Speichere in deinen WhatsApp-Kontakten die Nummer 0151-67748155 als NGG Ost und schicke uns eine Nachricht mit dem Stichwort "Upfield"**

Noch nicht dabei?  
Dann werde jetzt Mitglied deiner Gewerkschaft NGG, denn: Einigkeit und Zusammenhalt im Kampf für „**Gleichen Lohn für gleiche Arbeit - egal ob in West oder Ost**“ ist unsere Stärke.

**Jetzt Mitglied werden!**

**Nur Gemeinsam Geht's**

[www.ngg.net/mitglied-werden](http://www.ngg.net/mitglied-werden)

**MITMACHEN!**



**NGG** Gewerkschaft Nahrung-Genuss-Gaststätten  
Landesbezirk Ost  
Gotzkowskystraße 8  
12555 Berlin

Telefon 030 39 99 15 28  
Fax 030 39 99 15 39  
[lbz.ost@ngg.net](mailto:lbz.ost@ngg.net)

Verantwortlich: Uwe Ledwig  
 NGGimOsten  
[www.ngg.net/ost](http://www.ngg.net/ost)



## Du und die NGG. Deine Arbeit. Unsere Stärke.

**Beitrittserklärung:** Ja, ich werde ab \_\_\_\_\_ Mitglied der Gewerkschaft NGG.



| Persönliche Daten                                                                       |                          | Berufliche Daten                                                     |                   | Lastschriftmandat / Datenschutz                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| weiblich <input type="checkbox"/><br>männlich <input type="checkbox"/><br>Vorname _____ |                          | Name des Betriebes / Konzern _____                                   |                   | <p>Ich ermächtige die NGG, Beiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der NGG auf mein Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p>Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen (ab Belastungsdatum) die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Meine Verpflichtung zur Beitragszahlung bleibt hiervon unberührt.</p> <p>Beitragszahlung: <input type="checkbox"/> Monatlich <input type="checkbox"/> Vierteljährlich</p> <p>IBAN _____</p> <p>BLZ _____ Kontonummer _____</p> <p>Kreditinstitut (Name) _____ BIC _____</p> <p>Der Monatsbeitrag beträgt 1% des jeweiligen Bruttotarifeinkommens. Ich bin damit einverstanden, dass diese Daten elektronisch gespeichert und verarbeitet werden. Eine Kündigung muss für eine Wirksamkeit spätestens 6 Wochen vor Quartalschluss bei dem zuständigen NGG-Regionalbüro schriftlich erfolgen. Bis zum Ende der Mitgliedschaft besteht Beitragspflicht.</p> <p><b>Gläubiger-Identifikationsnummer:</b> DE21NGG0000089801. Die NGG wird mir meine Mandatsreferenz mitteilen. Mir ist bekannt, dass ich die Abbuchungstermine für einzelne Lastschriften im Internet (<a href="http://www.ngg.net/sepa">www.ngg.net/sepa</a>) einsehen kann. Ich entbinde die NGG ausdrücklich von weiteren Mitteilungspflichten für einzelne Lastschrifteinzüge.</p> <p><b>Datenschutzhinweis:</b> Meine personenbezogenen Daten werden durch die NGG unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und des deutschen Datenschutzrechts (BDSG) für die Begründung und Verwaltung meiner Mitgliedschaft erhoben, verarbeitet und genutzt. Im Rahmen dieser Zweckbestimmungen werden meine Daten ausschließlich zur Erfüllung der gewerkschaftlichen Aufgaben an diesbezüglich besonders Beauftragte weitergegeben und genutzt. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur mit meiner gesonderten Einwilligung. Die europäischen und deutschen Datenschutzrechte gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Weitere Hinweise zum Datenschutz und eine Version der Datenschutzhinweise zum Ausdrucken kann ich unter <a href="http://www.ngg.net/datenschutz">www.ngg.net/datenschutz</a> abrufen.</p> |  |
| Nachname _____                                                                          |                          | Standort des Betriebes / Filiale _____                               |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| Telefon _____                                                                           | Mobiletelefon _____      | Straße und Hausnummer des Betriebes / Filiale _____                  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| E-Mail privat _____                                                                     |                          | PLZ _____                                                            | Ort _____         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| E-Mail dienstlich _____                                                                 |                          | <input type="checkbox"/> In Ausbildung von _____ bis _____           |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| Straße und Hausnummer _____                                                             |                          | Beschäftigt als _____                                                |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| PLZ _____                                                                               | Ort _____                | <input type="checkbox"/> Teilzeitbeschäftigt mit _____ Wochenstunden |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| Geburtsdatum _____                                                                      | Nationalität _____       | Monatliches Bruttoeinkommen _____                                    | Tarifgruppe _____ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| Übertritt von der Gewerkschaft _____                                                    | Dort Mitglied seit _____ | Geworben von _____                                                   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| Hiermit trete ich der Gewerkschaft NGG bei und erkenne ihre Satzung an.                 |                          |                                                                      |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| Ort, Datum _____                                                                        |                          | Unterschrift _____                                                   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| Ort, Datum _____                                                                        |                          | Unterschrift _____                                                   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |

Per Post an: NGG Landesbezirk Ost | Gotzkowskystraße 8. | 10555 Berlin oder per Mail an [lbz.ost@ngg.net](mailto:lbz.ost@ngg.net)