

Beitrittserklärung

Bitte in Blockschrift ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen.

Neumitglieder eines Landesverbandes e.V. erlangen mit ihrem Beitritt zum Landesverband e.V. zugleich ihre Mitgliedschaft im Bundesverband.

Herr Frau

Name _____	Vorname _____
Straße _____	PLZ, Ort _____
Telefon _____	Handy _____
E-Mail _____	Geb. _____
SoVD Ortsverband _____	Eintritt in den SoVD am _____

Stellen Sie mir die Mitgliederzeitung zu, durch:

Ortsverband Postversand

Monatsbeitrag

Einzelbeitrag 5,00 € Partnerbeitrag 7,15 € Familienbeitrag 9,00 €

Der Mitgliedsbeitrag ist steuerlich absetzbar.

Die Kündigung der Mitgliedschaft ist nur mit einer Frist von drei Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres möglich.

Abruf: monatlich 1/4-jährlich 1/2-jährlich jährlich

Ich bin einverstanden, dass mein Name, Geburts- und Eintrittsdatum in Publikationen des SoVD aus Anlass meines Geburtstages und der Dauer meiner Mitgliedschaft veröffentlicht werden. nein ja

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Gläubiger-Identifikationsnummer des Sozialverband Deutschland e.V. – Beitragsverwaltung: DE7000000000098813

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats* (Kombimandat)

Einzugsermächtigung: Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Sozialverband Deutschland e.V. die laufenden Beiträge und gegebenenfalls Spenden an dem jeweiligen Fälligkeitstermin zu Lasten meines Kontos bis auf jederzeitigen Widerruf abbucht. Für eine Deckung meines Kontos zum Abbuchungstermin werde ich Sorge tragen. Gebühren für Rücklastschriften kann sich der SoVD von mir zurückerstatten lassen.

SEPA-Lastschriftmandat*: Ich ermächtige den Sozialverband Deutschland e.V. – Beitragsverwaltung –, Zahlungen (Mitgliedsbeitrag) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Sozialverband Deutschland e.V. – Beitragsverwaltung – auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

ab Eintrittsdatum _____	KontoinhaberIn _____
Konto _____	BLZ _____
Geld-Institut _____	
IBAN DE _____	
BIC _____	

Wichtig: Mandat nur gültig mit Datum und Unterschrift

Ort, Datum _____ Unterschrift _____
 KontoinhaberIn _____

Wir haben einen Gruppenversicherungsvertrag mit der ERGO Versicherungsgruppe über günstige Versicherungsangebote für unsere Mitglieder. Sollten Sie daran interessiert sein, wenden Sie sich an den SoVD Bundesverband, Abt. Versicherungen, Stralauer Straße 63, 10179 Berlin, Tel. 030/7262220, E-Mail: contact@sozialverband.de.

Geworben durch:

Bitte ausfüllen bei Partner- oder Familienbeitrag:

Name und Geburtsdatum

Name _____	1 _____
Straße _____	2 _____
PLZ, Ort _____	3 _____
SoVD Ortsverband _____	4 _____

Unterschrift _____

Bei einer Partnermitgliedschaft Unterschrift des Partners.