

Beitrittserklärung

(Bitte mit der Schreibmaschine oder in Blockschrift ausfüllen)

Bitte einsenden an:

Sozialverband Deutschland · Landesverband Schleswig-Holstein · Muhliusstraße 87 · 24103 Kiel

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

Senden Sie mir die Mitgliederzeitung zu, durch:

Postversand Ortsverband

Monatsbeitrag

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

Der Mitgliedsbeitrag ist steuerlich absetzbar.

Einzugsermächtigung Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Sozialverband Deutschland die laufenden Beiträge an dem jeweiligen Fälligkeitstermin zu Lasten meines Kontos bis auf Widerruf abbucht.

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

ab _____ KontoinhaberIn _____

Konto _____ BLZ _____

Geld-Institut _____

Der Sozialverband Deutschland hat für seine Mitglieder einen Gruppenversicherungsvertrag abgeschlossen. Um die Vergünstigungen des Gruppenversicherungsvertrages zu erhalten, bin ich damit einverstanden, dass hierfür mein Name, mein Geburtsjahr und die Anschrift an den Versicherer weitergegeben werden.

nein ja

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 _____

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

Geworben durch:

Name _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

SoVD Ortsverband _____

Bitte ausfüllen bei Partner- oder Familienbeitrag:

Name und Geburtsdatum

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Unterschrift _____

Bei einer Partnermitgliedschaft Unterschrift des Partners.