

Bitte in Blockschrift ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen und per Post oder Fax an uns senden:

Adresse: Sozialverband Deutschland, Landesverband Schleswig-Holstein, Muhlusstr. 87, 24103 Kiel · Fax: 0431/98388 -10

Beitrittserklärung

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 0 1 MM J J J J

Stellen Sie mir die Mitgliederzeitung zu, durch:

Ortsverband

Postversand

Monatsbeitrag

Einzelbeitrag 6,00 €

Partnerbeitrag 9,00 €

Familienbeitrag 10,00 €

Der Mitgliedsbeitrag ist steuerlich absetzbar.

Die Kündigung der Mitgliedschaft ist nur mit einer Frist von drei Monaten zum Ende 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

D

E

BIC

Wichtig: Mandat nur gültig mit Datum und Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

KontoinhaberIn

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.

JEDER kann Mitglied im Sozialverband Deutschland werden