JEDER kann Mitglied im **Sozialverband Deutschland** werden

Bitte in Blockschrift ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen und per Post oder Fax an uns senden:
Adresse: Sozialverband Deutschland, Landesverband Schleswig-Holstein, Muhliusstr. 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 01 __ ____

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 _____

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer des Sozialverband Deutschland e.V.
Beitragsverwaltung: DE70 0000 0000 0988 13

Ich ermächtige den Sozialverband Deutschland e.V. Bundesverband, den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Ich weise mein Kreditinstitut an, die vom Sozialverband Deutschland e.V. Bundesverband von meinem Konto eingezogene Lastschrift einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

ab Eintrittsdatum _____ KontoinhaberIn _____

Geldinstitut _____

IBAN D E _____

Ort, Datum _____ Unterschrift KontoinhaberIn _____

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.

100 Jahre SoVD