



Beitrittserklärung

(Bitte mit Schreibmaschine oder in Blockschrift ausfüllen)

Name		Vorname	
Geb. am		Eintritt am	
(PLZ) Ort		Straße	
Telefon		Ortsverband	

Zeitung durch	<input type="checkbox"/>	Ortsverband	<input type="checkbox"/>	Post	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	-------------	--------------------------	------	--------------------------

Monatsbeitrag	<input type="checkbox"/>	Einzelbeitrag	5,00 €	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	Partnerbeitrag	7,15 €	<input type="checkbox"/>	Familienbeitrag	9,00 €

Der Mitgliedsbeitrag ist steuerlich absetzbar

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

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 und die Anschrift an den Versicherer weitergegeben werden.

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
-------------------------------	-----------------------------

Einzugsermächtigung

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

Abruf:	<input type="checkbox"/>	1/4 jährlich	<input type="checkbox"/>	1/2 jährlich	<input type="checkbox"/>	jährlich	<input type="checkbox"/>
Ab		Name des Kontoinhabers					
Konto Nr.		BLZ					
Name und Ort des kontoführenden Institutes							

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

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
-------------------------------	-----------------------------

Schleswig		
Ort	Datum	Unterschrift

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

Geworben durch: (bitte unbedingt angeben)

Name	
Anschrift	
Ortsverband	

Bitte ausfüllen bei Partner- und Familienberatung:

Nr.	Name, Vorname	Geburtsdatum
1.		
2.		
3.		
4.		

Bei Partnermitgliedschaft Unterschrift des Partners.

Jeder kann Mitglied im Sozialverband Deutschland werden