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 MM JJJJ

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: DE7000000000098813

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.