

Beitrittserklärung zum SoVD Nordrhein-Westfalen e.V.

Damit wird auch die Mitgliedschaft im SoVD-Bundesverband erworben – ohne weitere Kosten.

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geb.: _____ Geschlecht: _____

Nationalität: _____

SoVD-Ortsverband: _____

Eintritt in den SoVD am: _____

Senden Sie mir die Mitgliederzeitung durch den:

Ortsverband

Postversand

Ja, ich möchte auch etwas für andere tun und mich ehrenamtlich engagieren.

Monatsbeitrag: Einzelbeitrag 6,00 € Partnerbeitrag 9,00 € Familienbeitrag 10,00 €

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

Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag erhoben, der steuerlich absetzbar ist.
Die Kündigung der Mitgliedschaft ist nur mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres möglich.

Zusätzlich zu meinem Mitgliedsbeitrag möchte ich eine freiwillige Spende an den SoVD leisten:

Die Spende ist steuerlich absetzbar. Spendeneinzug erfolgt ab Eintrittsdatum.

Betrag (EUR): _____ einmalig jährlich (jederzeit widerrufbar) Ich wünsche eine Spendenquittung.

Gläubiger-Identifikationsnummer des Sozialverband Deutschland e.V. – Beitragsverwaltung: DE7000000000098813.

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats | Kombimandat
(Mandat nur gültig mit Datum und Unterschrift)

1. 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 jederzeitigem Widerruf abbucht. Für die Deckung meines Kontos zum Abbuchungstermin werde ich Sorge tragen. Gebühren für Rücklastschriften kann sich der SoVD von mir zurückerstatten lassen.

2. 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.

Kontoinhaber

Name: _____

Bank: _____

Vorname: _____

BIC: _____

Straße/Nr.: _____

IBAN: DE _____

PLZ/Ort: _____

Konto-Nr.: _____

BLZ: _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift: 


Der Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD) hat für seine Mitglieder einen Gruppenversicherungsvertrag abgeschlossen. Bei Gruppenversicherungsverträgen handelt es sich um Rahmenverträge zwischen Vereinen/Verbänden und Versicherungsunternehmen, die den Mitgliedern unter bestimmten Voraussetzungen den Abschluss von Einzelversicherungsverträgen zu günstigeren als den üblichen Konditionen ermöglichen. Um die Vergünstigung des Gruppenversicherungsvertrags zu erhalten, bin ich damit einverstanden, dass hierfür mein Name, mein Geburtsjahr und die Anschrift an den Versicherer, die ERGO Lebensversicherung AG, weitergegeben werden. Der Erstkontakt durch den Versicherungspartner erfolgt schriftlich. Gemäß Bundesdatenschutzgesetz kann ich der Weitergabe und folgenden Nutzung jederzeit beim SoVD (Anschrift umseitig) widersprechen.

Ja, ich bin mit der Weitergabe der Daten zur Gruppenversicherung einverstanden.

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

Ja, ich bin mit der Veröffentlichung einverstanden.

Ort/Datum: _____

Unterschrift: 



Weitere Mitglieder

Bitte bei Partner- oder Familienbeitrag Name und Geburtsdatum angeben:

- 1: _____
- 2: _____
- 3: _____
- 4: _____

Unterschrift: _____

Bei der Partnermitgliedschaft Unterschrift des Partners.