

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:

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.