

Bitte in Blockschrift ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen und per Post oder Fax an uns senden:

Adresse: Sozialverband Deutschland, Landesverband Schleswig-Holstein, Muhlusstr. 87, 24103 Kiel · Fax: 0431/98388 -10

JEDER kann Mitglied im Sozialverband Deutschland werden

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 <u> 0 1</u> <u> MM</u> <u> J J J J</u>

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: DE70000000000098813

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.