

# 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.