

Beitrittserklärung

(Bitte mit Schreibmaschine oder in Blockschrift ausfüllen)

Sozialverband Deutschland
Landesverband Schleswig-Holstein
Muhliusstraße 87
24103 Kiel



Name _____ Vorname _____

Geb. am _____ In _____

(PLZ) Ort _____ Straße _____

Telefon _____ Eintritt am _____

Ortsverband / Kreis _____

Zeitung durch Ortsverband Post (zutreffendes bitte ankreuzen)
Monatsbeitrag in Euro: Einzelbeitrag 5,00 Partnerbeitrag 7,15 Familienbeitrag 9,00
Der Mitgliedsbeitrag ist steuerlich absetzbar.

Der Sozialverband Deutschland hat für seine Mitglieder einen Gruppenversicherungsvertrag abgeschlossen. Um die Vergünstigungen des Gruppenversicherungsvertrages zu erhalten, bin ich damit einverstanden, dass hierfür mein Name, mein Geburtsjahr und die Anschrift an den Versicherer weitergegeben werden.
 Nein Ja

Einzugsermächtigung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Sozialverband Deutschland die laufenden Beiträge an dem jeweiligen Fälligkeitstermin zu Lasten meines angegebenen Kontos bis auf Widerruf abbucht.
Abruf: 1/4 jährlich 1/2 jährlich jährlich

Ab _____ Name des Kontoinhabers _____

Konto Nr. _____ Blz _____

Name und Ort des kontoführenden Institutes _____

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

Datum, Ort und Unterschrift

Die Kündigung der Mitgliedschaft ist nur mit einer Frist von drei Monaten zum Schluß eines Kalenderjahres möglich

Geworben durch: (bitte unbedingt angeben)

Name _____

Anschrift _____

Ortsverband _____

Bitte ausfüllen bei Partner- und Familienberatung:
Name: _____ Geburtsdatum: _____

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Bei Partnermitgliedschaft Unterschrift des Partners.