

# Beitrittserklärung

( Bitte mit der Schreibmaschine oder in Blockschrift ausfüllen )

Name _____	Vorname _____
Geb. _____	Eintritt am _____
(PLZ)Ort _____	Straße _____
Telefon _____	Ortsverband GLINDE ( 09015011 ) _____
E-Mail: _____	

Monatsbeitrag   
  Einzelbeitrag 5,00 €                     
  Zeitung durch Post  
                         
  Partnerbeitrag 7,15 €                             
  keine  
                         
  Familienbeitrag 9,00 €

(Zutreffendes bitte ankreuzen) 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 und die Anschrift an den Versicherer weitergegeben werden.

Ja     Nein

### 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.

Ja     Nein                     
 \_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_                     
 \_\_\_\_\_  
Unterschrift

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

Geworben durch:

Name
Anschrift
Ortsverband GLINDE ( Homepage )

Bitte einsenden an:

Sozialverband Deutschland e.V.  
Ortsverband Glinde

Ute Rehders  
Asbrook 20  
21509 GLINDE



Bitte ausfüllen bei Partner- und Familienbeitrag:

Name: \_\_\_\_\_                      Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

Bei Partnermitgliedschaft Unterschrift des Partners