

Beitrittserklärung

zum SoVD-Landesverband Niedersachsen e.V.

SoVD-Landesverband Niedersachsen e.V. | Herschelstraße 31 | 30159 Hannover
Damit wird auch die Mitgliedschaft im SoVD-Bundesverband e.V. erworben –
ohne weitere Kosten.

Name, Vorname _____
Straße _____
PLZ, Ort _____
Telefon _____
E-Mail* _____
Geburtsdatum _____ Eintritt ab _____

Senden Sie mir die kostenlose Mitgliederzeitung
durch: den Ortsverband Postversand

Ja, ich möchte etwas für andere Menschen tun und habe
Interesse an einer ehrenamtlichen Tätigkeit.

Monatsbeitrag

Der Mitgliedsbeitrag wird mittels eines zentralen Bankeinzugverfahrens des SoVD-
Bundesverbandes eingezogen. Der Mitgliedsbeitrag ist steuerlich absetzbar. Die Kün-
digung der Mitgliedschaft ist nur mit einer Frist von drei Monaten zum Schluss eines
Kalenderjahres möglich.

Einzelbeitrag 6,00 Euro Partnerbeitrag 9,00 Euro

Familienbeitrag 10,00 Euro

Abbuchung 1/4-jährlich 1/2-jährlich jährlich

Partner- oder Familienbeitrag

Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____ Unterschrift _____

(Sollte der Platz nicht für alle Familienmitglieder ausreichen, notieren Sie die Daten
bitte auf einem gesonderten Blatt und legen es der Beitrittserklärung bei.)

Einzugsermächtigung

Gläubiger-Identifikationsnummer des Sozialverband Deutschland e. V. –
Beitragsverwaltung: **DE7000000000098813**

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats | Kombimandat

(Mandat nur gültig mit Datum und Unterschrift)

1. Einzugsermächtigung: Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Sozial-
verband Deutschland e.V. die laufenden Beiträge und gegebenenfalls Spenden an
dem jeweiligen Fälligkeitstermin zu Lasten meines Kontos bis auf jederzeitigem
Widerruf abbucht. Für die Deckung meines Kontos zum Abbuchungstermin wer-
de ich Sorge tragen. Gebühren für Rücklastschriften kann sich der SoVD von mir
zurückerstatten lassen.

2. SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den Sozialverband Deutschland e.V. –
Beitragsverwaltung – Zahlungen (Mitgliedsbeitrag) von meinem Konto mittels Last-
schrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Sozialverband
Deutschland e.V. – Beitragsverwaltung – auf mein Konto gezogenen Lastschriften
einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungs-
datum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit
meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber/in _____
Kreditinstitut _____
BIC _____
IBAN _____
Datum/Ort _____
Unterschrift _____

*nur zur Kontaktaufnahme innerhalb des Verbandes

Kontakt:



Sie haben noch Fragen zu „SoVD – Sag’s weiter!“? Dann sprechen Sie uns gerne an:

SoVD-Landesverband Niedersachsen e.V.

Bernd Dyko

Herschelstr. 31 | 30159 Hannover

Telefon: 0511/70148-72

E-Mail: bernd.dyko@sovd-nds.de

Weitere Informationen finden Sie auch im
Internet unter www.sovd-nds.de.



**„SoVD – Sag’s weiter!“
Mitgliederwerbung im SoVD**

**Eine Geschenkkarte von Tchibo
für Ihre Empfehlung**



Unser Angebot für Sie:

Sie haben Freunde und Bekannte, die rund um die Themen Rente, Pflege, Gesundheit, Behinderung, Hartz IV oder Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht kompetente Beratung brauchen?

Ein Verwandter möchte bei den zahlreichen Aktivitäten unserer SoVD-Ortsverbände dabei sein oder sich ehrenamtlich engagieren?

Dann nutzen Sie die Gelegenheit und empfehlen den SoVD weiter! Als Dankeschön erhalten Sie von uns Ihre Tchibo-Geschenkkarte. Diese kann in jeder Tchibo-Filiale oder im Internet innerhalb von drei Jahren eingelöst werden.



Und so machen Sie mit:

1. Sprechen Sie über die Vorteile und das umfangreiche Beratungsangebot des SoVD, über die Aktivitäten in unseren Ortsverbänden und über die Vergünstigungen bei unseren Kooperationspartnern.
2. Unser künftiges Mitglied füllt den nebenstehenden Mitgliedsantrag aus und nennt Ihren Namen in der Rubrik „Geworben durch“.
3. Senden Sie das Formular an Ihr SoVD-Beratungszentrum vor Ort oder an den SoVD-Landesverband Niedersachsen e.V. Die Kontaktdaten finden Sie auf der Rückseite dieses Faltblattes.
4. Anschließend wird Ihnen Ihre Tchibo-Geschenkkarte per Post zugesandt. Das Dankeschön erhalten Sie ausschließlich für das beitragsführende Mitglied.

Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Mitgliedsantrag per Post an die untenstehende Adresse, oder faxen Sie ihn an die Nummer 0511/70148-70.

Der Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD) und der SoVD-Landesverband Niedersachsen e.V. haben einen Kooperationsvertrag mit der Verbands-Versicherungs-Service AG (VVS), Stralauer Straße 63, 10179 Berlin, abgeschlossen, die als Versicherungsmaklerin dem Vorteil der/des Versicherten verpflichtet ist und somit Angebote für die SoVD-Mitglieder optimiert. Hiermit erteile ich die Einwilligung dafür, dass mein Name, mein Geburtsjahr und meine Anschrift hierzu an die VVS AG weitergegeben und durch diese gespeichert und zum Zwecke der Kontaktaufnahme verwendet werden. Ich erkläre ferner meine Einwilligung dazu, dass die VVS AG mich zu den oben genannten Zwecken postalisch oder persönlich kontaktiert. Ja

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

Gemäß Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) kann ich der Weitergabe und folgender Nutzung meiner Daten jederzeit beim SoVD (Anschrift wie unten) widersprechen.

Datum/Unterschrift

Geworben durch:

Name

Vorname

Straße

PLZ, Ort

Rückantwort
SoVD-Landesverband Niedersachsen e.V.
Herschelstraße 31
30159 Hannover