

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.
 Ja, ich möchte den kostenlosen SoVD-Newsletter erhalten.

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: **DE700000000098813**

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

Wo wird Ihnen geholfen?

Eine Liste der Beratungszentren, die Ihnen rund
um die Patientenverfügung und die Vorsorge-
vollmacht helfen, erhalten Sie im Internet unter
www.sovd-nds.de oder per Telefon unter der
Nummer 0511/70148-0.

Was macht der SoVD darüber hinaus?

Der SoVD-Landesverband Niedersachsen e.V.
hilft Ihnen und berät zu allen Fragen des Sozial-
rechts. Wir informieren Sie darüber, was Ihnen
zusteht und setzen uns für Ihre Rechte ein.

Wir beraten und vertreten Sie in folgenden Bereichen:

- Rente
- Arbeitslosengeld I + II (Hartz IV)
- Krankenversicherung
- Pflege
- Sozialhilfe
- Behinderung
- Berufskrankheit, Arbeitsunfall
- Staatliche Entschädigungsleistungen
- Medizinische und berufliche Rehabilitation
- Befreiung von Rundfunkgebühren



Weil Ihre Zukunft Vertrauen braucht.

Patientenverfügung Vorsorgevollmacht

Beratung nah dran.
Professionell.
Persönlich.
Rechtsverbindlich.

SoVD-Landesverband Niedersachsen e.V.
Herschelstraße 31 | 30159 Hannover
Telefon: 0511/70148-0
info@sovnd-nds.de
www.sovd-nds.de



Ihre Zukunft braucht Vertrauen.

Krankheit, das Alter oder ein Unfall: Schnell kann man in Situationen geraten, in denen man seinen eigenen Willen nicht mehr äußern kann. In solchen Fällen ist eine Patientenverfügung sinnvoll. Wer sogar Entscheidungen über medizinische Behandlungen, die Unterbringung in einem Pflegeheim oder auch die Verwendung des Vermögens regeln will, für den ist die Vorsorgevollmacht wichtig.

Viele wissen es gar nicht: Im Ernstfall können sich Kinder, Eltern und Ehepartner nicht automatisch vertreten. Ist keine Vorsorgevollmacht vorhanden, wird vom Amtsgericht offiziell ein Betreuer bestellt.



Allein die Vorstellung ängstigt.

Für niemanden ist es leicht, für die Zeit seiner eigenen Handlungsunfähigkeit zu planen.

Für viele ist allein die Vorstellung, auf die Hilfe anderer angewiesen zu sein, beängstigend. Sie wollen nicht an Schläuchen hängen oder künstlich ernährt werden.

Umso wichtiger ist es, dass Sie von geschulten Fachleuten beraten werden, die einfühlsam und persönlich erarbeiten, welche Schwerpunkte gesetzt werden sollen. Und welche Behandlung gewünscht wird. Das Wichtigste dabei: Alles wird so verfasst, dass es absolut rechtsverbindlich ist.

Vertrauen ist wichtig.

Wenn Sie also möchten, dass sich eine vertraute Person um Ihre Angelegenheiten kümmert, sollten Sie eine entsprechende Vollmacht formulieren lassen.

Es ist kompliziert zu wissen, was in diesen Dokumenten stehen muss und wie sie verfasst werden. Der SoVD-Landesverband Niedersachsen e.V. berät in seinen mehr als 60 Beratungszentren im ganzen Bundesland kompetent und persönlich.

Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Mitgliedsantrag per Post an die unten stehende 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