

Werden Sie Mitglied!

Fünf Gründe, warum es sich für Sie lohnt, Mitglied im Sozialverband Deutschland zu werden:

- **Rente, Pflege, Hartz IV, Gesundheit, Behinderung, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht:** Das Sozialrecht betrifft alle Menschen – auch Sie! Deshalb brauchen Sie einen starken Partner, der Sie berät und unterstützt. **Wir sind dieser Partner:** Wir beraten Sie kompetent und persönlich – in über 60 niedersächsischen Beratungsstellen.
- Durch unsere Gemeinschaft von mehr als 275.000 Mitgliedern in Niedersachsen kennen wir uns mit Problemen bei der Antragstellung und Durchsetzung Ihrer Interessen aus. Wir wissen, was Ihnen zusteht. Und unsere eigenen Juristen helfen Ihnen, diese Rechte vor Gericht durchzusetzen.
- Als große Gemeinschaft vertreten wir Ihre sozialpolitischen Interessen auch erfolgreich gegenüber der Politik. Wir machen uns für **Solidarität und soziale Gerechtigkeit** stark!
- Damit Sie immer auf dem Laufenden bleiben, informieren wir Sie umfassend mit unseren Broschüren, der kostenlosen SoVD-Mitgliederzeitung, dem Nachrichten-Dienst bei WhatsApp und unserer Internetseite. Hier erhalten Sie zudem Hinweise zu Veranstaltungen und viele Tipps zu den Themen Rente, Pflege, Hartz IV, Gesundheit, Behinderung, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht.
- Wollen Sie sich ehrenamtlich engagieren oder einfach Teil einer großen Gemeinschaft sein? Kommen Sie zu uns, wir freuen uns auf Sie! Sie können sich im SoVD aktiv beteiligen und **mit Ihrem ehrenamtlichen Engagement** sozial benachteiligten Menschen helfen. Unsere Orts- und Kreisverbände bieten Ihnen Informationsveranstaltungen, Vorträge sowie Ausflüge und vieles mehr.

Werden Sie Teil der SoVD-Gemeinschaft!



Wir sind für Sie da!

SoVD-Landesverband Niedersachsen e.V.

Herschelstraße 31 | 30159 Hannover

Tel.: 0511/70148-0 | Fax: 0511/70148-70

E-Mail: info@sovd-nds.de | www.sovd-nds.de



Die Beitrittserklärung finden Sie auf der Rückseite.

Beitrittserklärung zum SoVD-Landesverband Niedersachsen e.V.

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

Name	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	* nur zur Kontaktaufnahme innerhalb des Verbandes
Vorname	<input type="text"/>	E-Mail*	<input type="text"/>		
Straße, Nr.	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>		
PLZ, Ort	<input type="text"/>	SoVD-Ortsverband	<input type="text"/>		
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Eintritt in den SoVD am	01.		
			TT	MM	JJJJ

Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

- Ja, ich möchte etwas für andere Menschen tun und habe Interesse an einer ehrenamtlichen Tätigkeit.
 Ja, ich möchte den kostenlosen SoVD-Newsletter erhalten.

Bitte senden Sie mir die kostenlose Mitgliederzeitung durch: den Ortsverband Postversand

- Monatsbeitrag** Einzelbeitrag 6,00 Euro (jährl. 72,00 Euro) Partnerbeitrag 9,00 Euro (jährl. 108,00 Euro) Familienbeitrag 10,00 Euro (jährl. 120,00 Euro)

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

Ich bitte um folgenden Abruf vom unten genannten Konto: 1/4-jährlich 1/2-jährlich jährlich

Zuwendung Zusätzlich zu meinem oben genannten Mitgliedsbeitrag leiste ich eine freiwillige Zuwendung an den SoVD.

Zuwendungsbetrag (Spende): einmalig jährlich wiederkehrend (jederzeit widerrufbar)

Die Zuwendung (Spende) ist steuerlich absetzbar. Der Zuwendungsbetrag wird ab Eintrittsdatum eingezogen. Ich wünsche eine Zuwendungsbescheinigung.

Angaben zur Partner- oder Familienmitgliedschaft:

Nr.	Vorname	Name	Geburtsdatum	Geschlecht	Unterschrift
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="text"/>
Weitere Familienmitglieder					
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="text"/>

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 Sozialverband Deutschland e.V. die laufenden Beiträge und gegebenenfalls Spenden an dem jeweiligen Fälligkeitstermin zu Lasten meines Kontos bis auf jederzeitigen Widerruf abbucht. Für die Deckung meines Kontos zum Abbuchungstermin werde 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 Lastschrift 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 Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

Vorname, Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Kreditinstitut

Name

BIC

IBAN

Datum, Ort, Unterschrift des Kontoinhabers X

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 folgende Nutzung meiner Daten jederzeit beim SoVD (Anschrift siehe oben) widersprechen.

Datum, Ort X Unterschrift Mitglied X

Ich bin geworden worden durch:

Vorname, Name Straße, Nr.

Mitgliedsnummer PLZ, Ort