

## Vielleicht kennen Sie ja jemanden, der auch zu uns gehört?

Für diesen Fall ist die untere Beitrittserklärung gedacht:

### Ausfüllen und gewinnen!

Jeder Werber eines Mitgliedes nimmt an der monatlichen Verlosung von Aufenthalten in unserem Erholungszentrum Büsum teil. Die Gewinner werden in der Mitgliederzeitung bekannt gegeben.

Bei weiteren Fragen stehen Ihnen Ihr Orts- und Kreisverband sowie der Landesverband gern zur Verfügung.

## Beitrittserklärung

**Bitte einsenden an:** Sozialverband Deutschland · Landesverband Schleswig-Holstein · Muhliusstraße 87 · 24103 Kiel

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_  
 SoVD Ortsverband \_\_\_\_\_ Eintritt in den SoVD am \_\_\_\_\_

Senden Sie mir die Mitgliederzeitung zu, durch:

Postversand

Ortsverband

Monatsbeitrag

Einzelbeitrag 5,00 €

Partnerbeitrag 7,15 €

Familienbeitrag 9,00 €

Der Mitgliedsbeitrag ist steuerlich absetzbar.

**Einzugsermächtigung** Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Sozialverband Deutschland die laufenden Beiträge an dem jeweiligen Fälligkeitstermin zu Lasten meines Kontos bis auf Widerruf abbucht.

Abruf: monatlich 1/4-jährlich

1/2-jährlich

jährlich

ab \_\_\_\_\_

KontoinhaberIn \_\_\_\_\_

Konto \_\_\_\_\_

BLZ \_\_\_\_\_

Geld-Institut \_\_\_\_\_

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

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

nein

ja

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

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

Geworben durch:

**Bitte ausfüllen bei Partner- oder Familienbeitrag:**

Name und Geburtsdatum

Name \_\_\_\_\_

1 \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

SoVD Ortsverband \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_