

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 _____

Wir haben einen Gruppenversicherungsvertrag mit der ERGO Versicherungsgruppe über günstige Versicherungsangebote für unsere Mitglieder. Sollten Sie daran interessiert sein, wenden Sie sich an den SoVD Bundesverband, Abt. Versicherungen, Stralauer Straße 63, 10179 Berlin, Tel. 030/7262220, E-Mail: contact@sozialverband.de.

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:

Name _____ 1 _____

Straße _____ 2 _____

PLZ, Ort _____ 3 _____

SoVD Ortsverband _____ 4 _____

Bitte ausfüllen bei Partner- oder Familienbeitrag:

Name und Geburtsdatum

Unterschrift _____

Bei einer Partnermitgliedschaft Unterschrift des Partners.