Bitte in Blockschrift ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen und unterschrieben an uns zurücksenden – oder direkt vor Ort abgeben.
Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD) · Landesverband Hamburg · Pestalozzistr. 38 · 22305 Hamburg · Fax: 040 / 611 607-50 · Tel.: 040 / 611 607-0 · E-Mail: info@sovd-hh.de

Beitrittserklärung

Mit Ihrem Beitritt zum SoVD-Landesverband Hamburg werden Sie gleichzeitig Mitglied im SoVD-Bundesverband. Ihre Daten behandeln wir selbstverständlich vertraulich. **Hinweise zum Datenschutz** gemäß Art. 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) erhalten Sie über den nebenstehenden QR-Code. Gern informieren wir Sie auf Anfrage auch schriftlich.

SoVD Sozialverband Deutschland

Persönliche Angaben

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Vorname ..... Nachname .....

Straße Nr. ..... PLZ Ort .....

Telefon ..... Geburtsdatum: T T M M J J J J

E-Mail (optional) ..... Beitrittsdatum: 0 1 M M J J J J

☐ **Ja,** ich möchte den kostenlosen Newsletter SoVDepesche per E-Mail erhalten.

☐ **Ja,** ich möchte die kostenlose Mitgliederzeitung per Post erhalten.

☐ **Ja,** ich möchte etwas für andere Menschen tun und habe Interesse an einer ehrenamtlichen Tätigkeit. Bitte kontaktieren Sie mich.

Zusätzliche Angaben bei Partner- oder Familienmitgliedschaft

Vorname Nachname:	Geburtsdatum:	Unterschrift bei Geschäftsfähigkeit:
.....	T T M M J J J J	.....
.....	T T M M J J J J	.....
.....	T T M M J J J J	.....

Mitgliedsbeitrag

☐ Einzelbeitrag (6,90 Euro pro Monat) ☐ Partnerbeitrag (10,40 Euro pro Monat) ☐ Familienbeitrag (11,50 Euro pro Monat)

Ich bitte um widerruflichen Einzug vom unten genannten Konto:

☐ monatlich ☐ 1/4-jährlich ☐ 1/2-jährlich ☐ jährlich

Ihr Mitgliedsbeitrag ist steuerlich absetzbar. Die Mindestmitgliedschaft beträgt zwölf Monate. Der Austritt ist mit einer Frist von drei Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres möglich.

Spende

..... ☐ einmalig ☐ jährlich

Betrag in Euro

Ihre Spende ist steuerlich absetzbar. Der Spendeneinzug erfolgt einmalig bzw. jährlich wiederkehrend (jederzeit widerrufbar) zum Beitrittsdatum.

☐ **Ja,** ich wünsche eine Spendenbescheinigung.

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)
Beitragsverwaltung: DE7000000000098813 / Mandatsreferenz wird separat erteilt

Ich ermächtige den Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD-Bundesverband), den Mitgliedsbeitrag bzw. die Spende von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Ich weise mein Kreditinstitut an, die vom SoVD-Bundesverband von meinem Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: D E

Geldinstitut ..... Ort, Datum .....

Kontoinhaber*in (Vorname Nachname) ..... Unterschrift Kontoinhaber*in .....

Einverständniserklärungen

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden, dass der Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD) die von Ihnen in diesem Formular bereitgestellten Daten zur Durchführung einer Mitgliedschaft sowie im Rahmen der von Ihnen bejahten Zwecke speichert und verarbeitet. Diese Einwilligungen können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft beim SoVD widerrufen. Unsere **Hinweise zum Datenschutz** gemäß Art. 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) haben Sie zur Kenntnis genommen.

☐ **Ja,** ich bin damit einverstanden, dass mein Name, Geburts- und Eintrittsdatum in Print- und Online-Publikationen des SoVD aus Anlass meines Geburtstages und zu Jubiläen meiner Mitgliedschaft veröffentlicht werden.

☐ **Ja,** ich bin damit einverstanden, dass der SoVD meinen Namen, mein Geburtsjahr und meine Anschrift an ausgewählte Kooperationspartner zur Kontaktaufnahme und zur Unterbreitung unverbindlicher Versicherungs- und Vorteilsangebote weiterleitet. Unsere Partner finden Sie auf der Website des SoVD-Bundesverbandes unter **sovd.de/was-wir-bieten**. Gern informiert Sie der SoVD-Bundesverband auf Anfrage auch schriftlich (Tel.: 030 / 726 222-0, E-Mail kontakt@sovd.de).

Ort, Datum ..... Unterschrift neues Mitglied .....

Ich bin geworben durch:

Vorname Nachname, Mitgliedsnummer/Anschrift .....

Änderungen vorbehalten. Stand: 2019-12