

Beitrittserklärung

SOZIALVERBAND



MECKLENBURG-VORPOMMERN

Wollen auch Sie Mitglied werden? Dann füllen Sie bitte die Beitrittserklärung aus und senden diese in einem frankierten Umschlag an den **Sozialverband VdK Mecklenburg-Vorpommern**.

Hiermit trete ich unter Anerkennung der Satzung dem Sozialverband VdK Mecklenburg-Vorpommern bei. Der Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit 6,00 Euro pro Monat für Hauptmitglieder. Für Familienmitglieder (Ehegatten, Lebensgefährten und Kinder / Schüler / Auszubildende / Studenten in häuslicher Gemeinschaft eines Hauptmitgliedes) beträgt der Beitrag derzeit 3,00 Euro pro Monat.

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten zur Verwaltung meiner Mitgliedschaft ein.

Der Austritt bedarf der Schriftform. Er kann frühestens ein Jahr nach Erwerb der Mitgliedschaft erklärt werden und ist nur zum Schluss eines Kalenderjahres, unter Wahrung einer vierteljährlichen Kündigungsfrist, möglich. **(Bitte in Druckschrift ausfüllen)**

Ortsverband:

Hauptmitglied

Familienmitglied (Ehegatte, Lebensgefährte, Kind / Schüler / Auszubildender / Student)

Name, Vorname des Hauptmitgliedes: _____

Mitgliedsnummer: _____

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf (Angabe freiwillig): _____

Straße, Hausnummer: _____

Telefon: _____

PLZ, Wohnort: _____

E-Mail: _____

Warum treten Sie dem VdK bei? (Zutreffenden bitte ankreuzen. Mehrfachnennungen möglich, Angaben freiwillig)

Weil ich die Rechtsberatung / -vertretung des VdK in Anspruch nehmen möchte.

Weil der VdK die Interessen seiner Mitglieder gegenüber der Politik vertritt.

Weil ich ehrenamtlich mitarbeiten möchte.

x

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Beitretenden oder des gesetzlichen Vertreters)

Ich bitte um widerruflichen **jährlichen** **½ jährlichen** **¼ jährlichen** **monatlichen Abruf des Beitrages von meinem Konto.**

Einzugsbeginn:

(Beginn der Mitgliedschaft) _____

IBAN: _____

BIC: _____

Inhaber: _____

Anschrift: _____

Ich wurde geworben von:

Name: _____

Anschrift: _____

SEPA – Lastschriftmandat: Ich ermächtige den Sozialverband VdK M-V e. V., Zahlungen im Rahmen meiner Verbandsmitgliedschaft von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Sozialverband VdK M-V e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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. Es wird eine Frist für die Vorabankündigung von SEPA-Lastschriften von zwei Tagen vereinbart.

Gläubiger Identifikationsnummer: DE 45ZZZ0000087138, Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen separat mitgeteilt.

x

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Kontoinhabers oder des gesetzlichen Vertreters)

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung:

Einwilligung in Kundenbetreuung und Werbung (Diese Angabe hat keinen Einfluss auf Ihre Mitgliedschaft!)

Ich bin – jederzeit widerruflich – mit Wirkung für die Zukunft einverstanden, dass mein Name, meine Anschrift und mein Geburtsjahr an Unternehmen, mit denen der Sozialverband VdK Mecklenburg-Vorpommern e. V. zusammenarbeitet (z. B. Versicherungen, Reiseunternehmen) zum Zwecke der Werbeansprache übermittelt werden:

Ja

Nein

x

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Beitretenden oder des gesetzlichen Vertreters)

Sozialverband VdK Mecklenburg-Vorpommern e. V.

Wismarsche Straße 325

19055 Schwerin

Telefon: 0385 / 5 93 76 - 0

Telefax: 0385 / 5 93 76 - 10

E-mail: mecklenburg-vorpommern@vdk.de

Internet: www.vdk.de/mv