

Beitrittserklärung

SOZIALVERBAND



MECKLENBURG-VORPOMMERN

Wollen auch Sie Mitglied werden? Dann füllen Sie bitte diese Beitrittserklärung aus und senden sie per Post oder E-Mail an den **Sozialverband VdK Mecklenburg-Vorpommern** (Anschrift s. unten).

Hiermit trete ich unter Anerkennung der Satzung dem Sozialverband VdK Mecklenburg-Vorpommern e. V. bei. Der Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit 7,50 Euro pro Monat (Stand: 1. Juli 2023).

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

Hinweis: Der Austritt bedarf der Textform. Er ist zulässig mit vierteljährlicher Kündigungsfrist auf den Jahresschluss, wenn mindestens ein voller Jahresbeitrag entrichtet wurde.

Ortsverband:	_____		
Familienname:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____	Telefon:	_____
Straße, Nr.:	_____	E-Mail:	_____
PLZ, Wohnort:	_____	Beruf:	_____

Warum treten Sie dem VdK bei? (Zutreffendes bitte ankreuzen. Mehrfachnennungen sind möglich.)

- Ich möchte die Rechtsberatung / -vertretung in Anspruch nehmen. Ich möchte die Arbeit des VdK mit meinem Mitgliedsbeitrag unterstützen. Ich möchte mich gerne ehrenamtlich im VdK engagieren.

Als Mitglied erhalten Sie automatisch unsere VdK-Zeitung (10 Ausgaben pro Jahr). Sie können wie folgt wählen:

- in gedruckter Form per Post digital per E-Mail Ich möchte keine VdK-Zeitung.

x

Ort, Datum

Unterschrift des Beitretenden oder des gesetzlichen Vertreters

Ich bitte um jährlichen ½-jährlichen ¼-jährlichen Abruf des Beitrages von meinem Konto.

Einzugsbeginn ab:
(Beginn der Mitgliedschaft) _____

IBAN: _____

BIC: _____

Inhaber: _____

Anschrift: _____

Ich wurde geworben von:

Name: _____

Anschrift: _____

Mitgl. Nr.: _____

SEPA – Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Sozialverband VdK Mecklenburg-Vorpommern e. V., Zahlungen im Rahmen meiner Verbandsmitgliedschaft von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Sozialverband VdK Mecklenburg-Vorpommern 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 45ZZZ00000087138; Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen separat mitgeteilt.

x

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers 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: lgst-mv@vdk.de

Internet: www.vdk.de/mv