

MITGLIEDSANTRAG

SOZIALVERBAND



NIEDERSACHSEN-BREMEN

Neuaufnahme Wiederaufnahme Landesverbandswechsel

0	6	0	1						
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

EDV-Kennung

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mitgliedsnummer

MONAT		JAHR	

Eintrittsmonat

Sozialverband VdK Niedersachsen-Bremen e.V.

Mitgliederverwaltung

Nikolausstraße 11
26135 Oldenburg

TARIF: Einzelmitgliedschaft
 Ehegatte/Partner (siehe Rückseite)
 Alleinerziehend (siehe Rückseite)
 Familie (siehe Rückseite)

Ich/Wir beantrage/n durch meine/unsere Unterschrift unter Anerkennung der geltenden Satzung und der Beitragsordnung die Aufnahme in den Sozialverband VdK Niedersachsen - Bremen e.V.

HAUPTMITGLIED

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Familienname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mobil

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Straße/Hausnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-Mail

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Postleitzahl

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort

TAG	MONAT	JAHR

Geburtsdatum

Geschlecht (m/w/d)

Ich wünsche keine Zusendung der VdK-Zeitung.

Datenschutzrechtliche Einwilligung

Ich/Wir ermächtige/n den VdK, die angegebenen Daten zu speichern. Die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes bleiben unberührt. Beachten Sie bitte auch die Hinweise zur Verarbeitung von Daten und zu Ihren Rechten nach der EU-DSGVO auf unserer Webseite: www.vdk.de/nb/datenschutz

Ich bin einverstanden, dass mein Name, meine Anschrift, Telefonnummer und E-Mail-Adresse und mein Geburtsjahr an die ERGO-Versicherungsgruppe weitergegeben werden, um mich über Vergünstigungen bei Versicherungsangeboten zu informieren. Aus einer Ablehnung ergeben sich für mich keine Nachteile. Dabei beachten wir selbstverständlich die Vorschriften der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes. Die Einwilligung hat keinen Einfluss auf den Mitgliedsbeitrag und kann jederzeit formfrei widerrufen werden.

Datum _____  Unterschrift

ERTEILUNG DES SEPA-LASTSCHRIFTMANDATS

Ich ermächtige den Sozialverband VdK Niedersachsen-Bremen e.V., Zahlungen im Rahmen meiner Mitgliedschaft von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Sozialverband VdK Niedersachsen-Bremen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Es wird eine Frist für die Vorabankündigung von 2 Tagen vereinbart.

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE94ZZZ0000109245**

Die Mandatsreferenz ist die Mitgliedsnummer!

Zahlungsweise: jährlich halbjährlich vierteljährlich

MONAT	JAHR

Abbuchungsbeginn

Kontoinhaber (falls nicht Hauptmitglied)

Name

Adresse

D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

Datum _____  Unterschrift Mitglied/Kontoinhaber

Mitgliedsnummer des Hauptmitglieds (unbedingt angeben)

MONAT		JAHR	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Eintrittsmonat

EHEGATTE/PARTNER

Familienname

Geschlecht (m/w/d)

Vorname

TAG	MONAT	JAHR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Datenschutzrechtliche Einwilligung

Ich/Wir ermächtige/n den VdK, die angegebenen Daten zu speichern. Die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes bleiben unberührt. Beachten Sie bitte auch die Hinweise zur Verarbeitung von Daten und zu Ihren Rechten nach der EU-DSGVO auf unserer Webseite: www.vdk.de/nb/datenschutz

Ich bin einverstanden, dass mein Name, meine Anschrift, Telefonnummer und E-Mail-Adresse und mein Geburtsjahr an die ERGO-Versicherungsgruppe weitergegeben werden, um mich über Vergünstigungen bei Versicherungsangeboten zu informieren. Aus einer Ablehnung ergeben sich für mich keine Nachteile. Dabei beachten wir selbstverständlich die Vorschriften der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes. Die Einwilligung hat keinen Einfluss auf den Mitgliedsbeitrag und kann jederzeit formfrei widerrufen werden.

X

Datum

Unterschrift

Gleichzeitig beantrage/n ich/wir die Mitgliedschaft für folgende **kindergeldberechtigte Kinder**:

1

Vorname, Name

Geburtsdatum

(m/w/d)

2

Vorname, Name

Geburtsdatum

(m/w/d)

3

Vorname, Name

Geburtsdatum

(m/w/d)

Information zum Mitgliedsbeitrag gemäß Beitragsordnung

**Einzelmitgliedschaft 6,90 € pro Monat, für Ehegatten/Partner u. Alleinerziehende
10,20 € pro Monat, für Familien 11,90 € pro Monat.**

Im Falle der Inanspruchnahme eines Rechtsmittelverfahrens (Widerspruch, Klage, Berufung, Revision) ist mir/uns bekannt, dass ich/wir entsprechend der Satzung eine Kostenpauschale zu entrichten habe/n.

Der Austritt ist nur zulässig zum Jahresende mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten; erstmalig im Jahr, das dem Eintrittsjahr folgt.

Name des Werbers

Anschrift

Mitgliedsnummer

DE

IBAN

BIC