

BEITRITTSERKLÄRUNG

(Bitte in Druckbuchstaben deutlich ausfüllen!)

12/2003

SOZIALVERBAND

VdK

HESSEN-THÜRINGEN



INFO-TELEFON

01801 – 835 835

(zum Ortstarif)

www.vdk.de/hessen-thueringen

Sozialverband VdK Hessen-Thüringen e. V.

- Mitgliederverwaltung -

Am Anger 32

07743 Jena

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Sozialverband VdK Hessen-Thüringen e. V. unter Anerkennung der jeweils gültigen Satzung:

Frau Herr Geburtstag: _____

(1) Name

(2) Vorname

(3) Straße

(4) PLZ/Ort/Ortsteil

(5) Beitritt zum Telefon Telefax/E-Mail

Ich bin:

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| 1. Kriegsbeschädigt | <input type="checkbox"/> | 4. Behindert | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hinterbliebene(Witwe/Waise) | <input type="checkbox"/> | 5. Rentner/Pensionär | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wehrdienstbeschädigt | <input type="checkbox"/> | 6. Sonstige | <input type="checkbox"/> |

EINWILLIGUNG (sofern nicht gewünscht, bitte streichen)

Ich ermächtige den Sozialverband VdK Hessen-Thüringen e.V., die Daten unter Nummer 1 bis 5 sowie mein Geburtsjahr und die Mitgliedsnummer im Rahmen der bestehenden Gruppenversicherungen den Vertragspartnern zur Unterbreitung von Versicherungsangeboten zur Verfügung zu stellen. Zur Zeit bestehen Gruppenversicherungsverträge mit der Hamburg-Mannheimer Versicherungs-AG und mit der Allianz Versicherungs-AG. Die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes bleiben unberührt.

Ort/Datum Unterschrift

AUSZUFÜLLEN VON VERBANDSSTUFE

Bezirksverband: _____

Kreisverband: _____

Ortsverband: _____

Mitgliedsnr.: _____

Änderung Datum: _____

Zugang Datum: _____

Neuaufnahme

Wiedereintritt

Zugang aus LV: _____

Zugang aus KV: _____

Zugang aus OV: _____

Abgang Datum : _____

Sterbefall

Austritt

Ausschluss

Abgang nach LV: _____

Abgang nach KV: _____

Abgang nach OV: _____

Zeitung erwünscht



Ehrenamt im VdK

Ja,
ich möchte etwas für andere Menschen tun!
Bitte senden Sie mir Info-Material

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

gültig für Beiträge ab: _____ (Monat/Jahr)

Hiermit ermächtige ich den Sozialverband VdK Hessen-Thüringen e. V. oder eine seiner nachgeordneten Verbandsstufen, den von mir zu zahlenden **Jahres-Mitgliedsbeitrag** von dem nachfolgenden Konto bis auf Widerruf einzuziehen:

Bankverbindung

Bankleitzahl Kontonummer

Kontoinhaber (Name/Anschrift) - Falls nicht identisch mit Beitretendem

Ort/Datum Unterschrift