

Zu Ihrer Information

Sehr geehrtes Mitglied,

vielen Dank für die von Ihnen bereitgestellten Informationen (Beitrittserklärung und evtl. freiwillige Informationen für die Umsetzung Ihrer Anträge in der sozialrechtlichen Beratung).

Um unseren datenschutzrechtlichen Pflichten nachzukommen, teilen wir Ihnen hiermit gemäß Artikel 13 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) die erforderlichen Informationen mit.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist:

SoVD-Landesverband Niedersachsen e.V.
Herschelstraße 31
30159 Hannover

Sollten Sie Fragen haben oder eine Kontaktaufnahme zu unserer Datenschutzbeauftragten wünschen, so ist dies unter folgender E-Mail-Adresse möglich: datenschutz@sovd-nds.de.

Die von Ihnen übermittelten personenbezogenen Daten werden zum Zweck der Erfüllung eines Vertrages gemäß Art. 6 Abs. 1 UAbs. 1 lit. b) DSGVO erhoben, verarbeitet und genutzt. Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist für die Durchführung und Beendigung Ihrer Mitgliedschaft bei dem Verantwortlichen erforderlich.

Bei Nichtbereitstellung ist es uns leider nicht möglich, Ihnen eine Mitgliedschaft anzubieten. Eine automatisierte Entscheidungsfindung wird nicht vorgenommen.

Eine Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten an externe Dritte erfolgt nicht.

Sofern Sie sich im Rahmen der Sozial- und Rechtsberatung und -vertretung von uns außergerichtlich oder gerichtlich vertreten lassen wollen, holen wir Ihre Einwilligung zur Datenweitergabe gesondert ein.

Insofern es zu Zahlungsrückständen Ihres Mitgliedsbeitrages kommt, werden vom Bundesverband Ihre personenbezogenen Daten ggf. an ein von uns beauftragtes Inkassounternehmen oder einen von uns beauftragten Rechtsanwalt übermittelt.

Ein Zugriff auf Ihre personenbezogenen Daten durch unsere externen Dienstleister der IT-Systeme kann aus technischen Gründen notwendig werden.

Eine Übermittlung an ein Drittland oder eine internationale Organisation der von Ihnen bereitgestellten personenbezogenen Daten findet nicht statt und ist auch nicht in Planung.

Ihre Daten werden bei uns für die Dauer der Mitgliedschaft gespeichert und darüber hinaus gemäß der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist für 10 Jahre aufbewahrt. Nach Ablauf dieser Zeit werden die Unterlagen gelöscht.

Gemäß Art. 15 DSGVO steht Ihnen ein Recht auf Auskunft über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu.

Darüber hinaus steht es Ihnen frei, Ihre Rechte auf Berichtigung, Löschung oder, sofern das Löschen nicht möglich ist, auf Einschränkung der Verarbeitung und auf Datenübertragbarkeit gemäß der Artikel 16–18, 20 DSGVO geltend zu machen. Sollten Sie dieses Recht in Anspruch nehmen wollen, so wenden Sie sich bitte an unsere Datenschutzbeauftragte.

Sollten Sie der Meinung sein, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht unter Einhaltung der Datenschutzgesetze erfolgt, setzen Sie sich bitte mit unserer Datenschutzbeauftragten in Verbindung. Weiterhin steht Ihnen das Recht zu, sich jederzeit bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren.

Weiterhin haben Sie gemäß Art. 13 Abs. 2 lit. b) DSGVO das Recht, jederzeit der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu widersprechen.



Beitrittserklärung zum SoVD-Landesverband Niedersachsen e.V.

SoVD-Landesverband Niedersachsen e.V. | Herschelstraße 31 | 30159 Hannover. Damit wird auch die Mitgliedschaft im SoVD-Bundesverband erworben – ohne weitere Kosten.

Name	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	* nur zur Kontaktaufnahme innerhalb des Verbandes
Vorname	<input type="text"/>	E-Mail*	<input type="text"/>		
Straße, Nr.	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>		
PLZ, Ort	<input type="text"/>	SoVD-Ortsverband	<input type="text"/>		
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Eintritt in den SoVD am	01.		
			TT	MM	JJJJ

Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Ja, ich möchte etwas für andere Menschen tun und habe Interesse an einer ehrenamtlichen Tätigkeit.

Bitte senden Sie mir die kostenlose Mitgliederzeitung durch: den Ortsverband Postversand

Monatsbeitrag Einzelbeitrag 6,00 Euro (jährl. 72,00 Euro) Partnerbeitrag 9,00 Euro (jährl. 108,00 Euro) Familienbeitrag 10,00 Euro (jährl. 120,00 Euro)

Der Mitgliedsbeitrag wird mittels eines zentralen Bankeinzugverfahrens des SoVD-Bundesverbandes eingezogen. Der Mitgliedsbeitrag ist steuerlich absetzbar. Die Kündigung der Mitgliedschaft ist nur mit einer Frist von drei Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres möglich.

Ich bitte um folgenden Abruf vom unten genannten Konto: 1/4-jährlich 1/2-jährlich jährlich

Zuwendung Zusätzlich zu meinem oben genannten Mitgliedsbeitrag leiste ich eine freiwillige Zuwendung an den SoVD.

Zuwendungsbetrag (Spende): einmalig jährlich wiederkehrend (jederzeit widerrufbar)

Die Zuwendung (Spende) ist steuerlich absetzbar. Der Zuwendungsbetrag wird ab Eintrittsdatum eingezogen. Ich wünsche eine Zuwendungsbescheinigung.

Angaben zur Partner- oder Familienmitgliedschaft:

Nr.	Vorname	Name	Geburtsdatum	Geschlecht	Unterschrift
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="text"/>
Weitere Familienmitglieder					
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="text"/>

Einzugsermächtigung Gläubiger-Identifikationsnummer des Sozialverband Deutschland e.V. – Beitragsverwaltung: **DE700000000098813**

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats | Kombimandat (Mandat nur gültig mit Datum und Unterschrift)

1. Einzugsermächtigung: Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Sozialverband Deutschland e.V. die laufenden Beiträge und gegebenenfalls Spenden an dem jeweiligen Fälligkeitstermin zu Lasten meines Kontos bis auf jederzeitigen Widerruf abbucht. Für die Deckung meines Kontos zum Abbuchungstermin werde ich Sorge tragen. Gebühren für Rücklastschriften kann sich der SoVD von mir zurückerstatten lassen.

2. SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den Sozialverband Deutschland e.V. – Beitragsverwaltung – Zahlungen (Mitgliedsbeitrag) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Sozialverband Deutschland e.V. – Beitragsverwaltung – auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

Kontoinhaber

Vorname, Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Kreditinstitut

Name

BIC

IBAN

Datum, Ort, Unterschrift des Kontoinhabers

Der Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD) und der SoVD-Landesverband Niedersachsen e.V. haben einen Kooperationsvertrag mit der Verbands-Versicherungs-Service AG (VVS), Stralauer Straße 63, 10179 Berlin, abgeschlossen, die als Versicherungsmaklerin dem Vorteil der/des Versicherten verpflichtet ist und somit Angebote für die SoVD-Mitglieder optimiert. Hiermit erteile ich die Einwilligung dafür, dass mein Name, mein Geburtsdatum, meine Anschrift und meine Telefonnummer hierzu an die VVS AG weitergegeben und durch diese gespeichert und zum Zwecke der Kontaktaufnahme verwendet werden. Ich erkläre ferner meine Einwilligung dazu, dass die VVS AG mich zu den oben genannten Zwecken postalisch oder persönlich kontaktiert. ja

Ich bin einverstanden, dass mein Name, Geburts- und Eintrittsdatum in Publikationen des SoVD aus Anlass meines Geburtstages und der Dauer meiner Mitgliedschaft veröffentlicht werden. ja

Mir ist bewusst, dass ich meine erteilte Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft beim SoVD (Anschrift siehe oben) widerrufen kann. Die Rückseite habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum, Ort Unterschrift Mitglied

Ich bin geworden worden durch:

Vorname, Name Straße, Nr.

Mitgliedsnummer PLZ, Ort