



## Antrag auf Mitgliedschaft

Ich ermächtige die Sozialgemeinschaft für den öffentlichen Dienst in Mitteldeutschland e.V. (SGÖD) die im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft stehenden Daten für Zwecke meiner allgemeinen Betreuung, der Erbringung von SGÖD-Leistungen und aller im Zusammenhang mit meiner Mitgliedschaft stehenden Aufgaben, insbesondere der Mitgliederbestandsverwaltung, der Mitgliederinformation, meiner Interessenvertretung sowie des Beitragseinzuges im erforderlichen Umfang an Dritte und von der SGÖD für diese Zwecke eingebundene Dienstleister weiterzugeben. Zu diesen Dritten und Dienstleistern zählen insbesondere Banken, Versicherungen, Veranstaltungsorganisationen sowie Fortbildungseinrichtungen. Der Nutzung der Daten zu Werbezwecken widerspreche ich ausdrücklich. Mein Einverständnis kann ich jederzeit ganz oder teilweise widerrufen. Ergänzend gelten die Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie die entsprechenden landesrechtlichen Regelungen in den jeweiligen Fassungen.

### Erklärung

Ich beantrage die Mitgliedschaft in der *Sozialgemeinschaft für den öffentlichen Dienst in Mitteldeutschland e.V. (SGÖD)*. Die *Satzung und Beitragsordnung* des Vereins erkenne ich an.

**Geschlecht, Titel,**  Frau  
 Herr \_\_\_\_\_

**Name, Vorname(n)** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum | Geburtsort** \_\_\_\_\_

**Straße | Hausnummer** \_\_\_\_\_

**Postleitzahl | Ort | Ortsteil** \_\_\_\_\_

**Bundesland** \_\_\_\_\_

**Telefon, Telefax** \_\_\_\_\_

**Mobiltelefon** \_\_\_\_\_

**Email-Adresse** \_\_\_\_\_

### SEPA-Lastschriftmandat

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE42ZZZ00001510861

**Mandatsreferenz:** «Mandatsreferenz»

Hiermit ermächtige ich die Sozialgemeinschaft für den öffentlichen Dienst im Mitteldeutschland e.V. (SGÖD) widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beiträge entsprechend der Beitragsordnung bei Fälligkeit zum 1. Februar durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Fällt dieser nicht auf einen Bankarbeitstag, erfolgt der Beitragseinzug am unmittelbar darauffolgenden Bankarbeitstag. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der SGÖD auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

**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.

<b>Bankverbindung</b>	<b>Kontoinhaber</b>	_____
	<b>IBAN</b>	_____
	<b>BIC</b>	_____
	<b>Geldinstitut</b>	_____

### Hinweis

- 1) Sollten sich Ihre personenbezogenen Daten ändern, teilen Sie dies uns bitte umgehend mit.
- 2) Mitglieder der Sozialgemeinschaft für den öffentlichen Dienst in Mitteldeutschland e.V. (SGÖD), welche durch einen Kooperationsvertrag mit der Signal Iduna Versicherung für abgeschlossene Verträge allein durch ihre Mitgliedschaft in der SGÖD Rabatte oder Leistungsvorteile erhalten, haben zudem umgehend dem Versicherer Veränderungen anzuzeigen (insbesondere die Kündigung der Mitgliedschaft oder den Ausschluss wegen Einstellung der Beitragszahlung/ Widerruf des Lastschritfeinzugs).

Ich möchte –**widerruflich**- per Email Newsletter (ausschließlich von der SGÖD) erhalten, um über aktuelle Ereignisse, Projekte und Vorstandsbeschlüsse des Vereins informiert zu sein.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum, Unterschrift  
 des/der Antragsteller(in)

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum, Unterschrift  
 der/ des Aufnehmenden