

# JETZT FÖRDERMITGLIED WERDEN

... und gemeinsam mehr erreichen!

Bitte die mit \* gekennzeichneten Pflichtfelder ausfüllen.

natürliche Person\*  
(24 Euro/ Jahr)

Organisation\*  
(750 Euro/ Jahr)

Organisation ermäßigt (siehe [Beitragsordnung](#))\*  
(240 Euro/ Jahr)

Name der Organisation (wenn nicht zutreffend, freilassen)

Ansprechperson, Anrede: \_\_\_\_\_

Vorname\*

Nachname\*

Geburtsdatum\*

E-Mail\*

Telefon

Straße\*

Haus-Nr.\*

PLZ\*

Ort\*

Die von ihnen mitgeteilten Daten werden ausschließlich dazu verwendet Ihre Anliegen zu bearbeiten. Eine Zuwendungsbescheinigung für das Finanzamt erhalten Sie jeweils am Jahresanfang für das zurückliegende Jahr, an die hinterlegte E-Mailadresse. Alles zum Thema Datenschutz beim BdV finden Sie [hier](#).

**SEPA-Lastschriftmandat** BdV Verwaltungs GmbH, Gasstr. 18 - Haus 4, 22761 Hamburg  
Gläubiger-Identifikationsnummer DE50BVG0000003434 (Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige die BdV Verwaltungs GmbH, Zahlungen vom hier angegebenen Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich das Kreditinstitut an, die von der BdV Verwaltungs GmbH auf das 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.

BIC\*

IBAN\*

- Ja, ich unterstütze (ggf. im Namen der Organisation) die in der Satzung des Bund der Versicherten e.V. genannten Ziele und versichere, das Umfeld des BdV nicht für eigene werbliche Zwecke zu nutzen.
- Ja, ich möchte (ggf. im Namen der Organisation) vom BdV mit spannenden News und Terminen versorgt werden. Im Mitgliederportal ist es jederzeit möglich, den Newsletter abzubestellen.

Danke, dass Sie unser Engagement für den Verbraucherschutz unterstützen möchten. Sie treten mit dieser Erklärung dem Bund der Versicherten e. V. (BdV), Gasstr. 18 – Haus 4, 22761 Hamburg bei und erkennen die [Satzung](#) an. Sobald Sie eine schriftliche Bestätigung Ihrer Beitrittserklärung erhalten, sind Sie offizielles Vereinsmitglied. Die Aufnahmegebühr von 8 Euro sowie der Jahresbeitrag werden per Lastschrift von dem oben angegebenen Konto abgebucht. Sie können frühestens ein Jahr nach dem Beitritt den Austritt erklären, dabei gilt eine Frist von sechs Wochen zum Ende eines Kalenderhalbjahres (30.06. oder 31.12).

Datum, Unterschrift, Stempel\*

Name in Reinschrift\*

Senden Sie uns den Antrag per Post, oder per E-Mail an: [info@bunddersicherten.de](mailto:info@bunddersicherten.de) • Tel.Nr. für Rückfragen: +49 40 - 357 37 30 0

## WIDERRUFSBELEHRUNG

---

### I. Widerrufsrecht

Sie haben das Recht, binnen vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen. Die Widerrufsfrist beträgt vierzehn Tage ab dem Tag des Vertragsabschlusses.

Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie uns

Bund der Versicherten e. V. , Gasstr. 18 - Haus 4, 22761 Hamburg

Telefonnummer: +49 40 – 357 37 30 00 • Telefaxnummer: +49 40 – 357 37 30 99

E-Mail-Adresse: [info@bunddersicherten.de](mailto:info@bunddersicherten.de)

mittels einer eindeutigen Erklärung (z. B. ein mit der Post versandter Brief, Telefax oder E-Mail) über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren. Sie können dafür das beigefügte Muster-Widerrufsformular verwenden, das jedoch nicht vorgeschrieben ist.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absenden.

### II. Folgen des Widerrufs

Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen, haben wir Ihnen alle Zahlungen, die wir von Ihnen erhalten haben, einschließlich der Lieferkosten (mit Ausnahme der zusätzlichen Kosten, die sich daraus ergeben, dass Sie eine andere Art der Lieferung als die von uns angebotene, günstigste Standardlieferung gewählt haben), unverzüglich und spätestens binnen vierzehn Tagen ab dem Tag zurückzuzahlen, an dem die Mitteilung über Ihren Widerruf dieses Vertrags bei uns eingegangen ist. Für diese Rückzahlung verwenden wir dasselbe Zahlungsmittel, das Sie bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt haben, es sei denn, mit Ihnen wurde ausdrücklich etwas anderes vereinbart; in keinem Fall werden Ihnen wegen dieser Rückzahlung Entgelte berechnet.

Haben Sie verlangt, dass die Dienstleistungen während der Widerrufsfrist beginnen sollen, so haben Sie uns einen angemessenen Betrag zu zahlen, der dem Anteil der bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie uns von der Ausübung des Widerrufsrechts hinsichtlich dieses Vertrags unterrichten, bereits erbrachten Dienstleistungen im Vergleich zum Gesamtumfang der im Vertrag vorgesehenen Dienstleistungen entspricht.

---

## MUSTER-WIDERRUFSFORMULAR

Wenn Sie den Vertrag (Ihre Beitrittserklärung) widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es zurück an:

Bund der Versicherten e. V. , Gasstr. 18 - Haus 4, 22761 Hamburg

Telefonnummer: +49 40 – 357 37 30 00 • Telefaxnummer: +49 40 – 357 37 30 99

E-Mail-Adresse: [info@bunddersicherten.de](mailto:info@bunddersicherten.de)

**Hiermit widerrufe ich den von mir abgeschlossenen Vertrag über die Vereinsmitgliedschaft.**

\_\_\_\_\_  
Beitritt erklärt am

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (nur bei Mitteilung auf Papier)