

## 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](mailto: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. Sofern Sie eine Einwilligung für das Sepa-Lastschriftmandat oder den Newsletter erteilen, werden Ihre Daten auf Grundlage einer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 UAbs. 1 lit. A) DSGVO verarbeitet.

Bei Nichtbereitstellung ist es uns leider nicht möglich, Ihnen eine Mitgliedschaft anzubieten sowie den Beitrag per Sepa-Lastschrift einzuziehen oder Ihnen den Newsletter zur Verfügung zu stellen. 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. Die Zusendung des Newsletters hingegen endet mit Ihrem ausdrücklichen Widerruf.

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 das Recht, jederzeit der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu widersprechen.

## Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht

Weil Ihre Zukunft Vertrauen braucht



### Impressum

Sozialverband Deutschland  
Landesverband Niedersachsen e.V.  
Herschelstraße 31  
30159 Hannover  
Tel. 0511 70148-0  
Fax 0511 70148-70  
[info@sovd-nds.de](mailto:info@sovd-nds.de)  
[www.sovd-nds.de](http://www.sovd-nds.de)



## Sicher und verbindlich

Krankheit, das Alter oder ein Unfall: Schnell kann man in Situationen geraten, in denen man seinen eigenen Willen nicht mehr äußern kann. In solchen Fällen ist eine Patientenverfügung sinnvoll. Wer sogar Entscheidungen über medizinische Behandlungen, die Unterbringung in einem Pflegeheim oder auch die Verwendung des Vermögens regeln will, für den ist die Vorsorgevollmacht wichtig.

Viele wissen es gar nicht: Im Ernstfall können sich Kinder, Eltern und Ehepartner\*innen nicht automatisch vertreten. Ist keine Vorsorgevollmacht vorhanden, wird vom Amtsgericht offiziell eine\*n Betreuer\*in bestellt.

## Allein die Vorstellung ängstigt

Für niemanden ist es leicht, für die Zeit seiner eigenen Handlungsunfähigkeit zu planen. Für viele ist allein die Vorstellung, auf die Hilfe anderer angewiesen zu sein, beängstigend. Sie wollen nicht an Schläuchen hängen oder künstlich ernährt werden.

Umso wichtiger ist es, dass Sie von geschulten Fachleuten beraten werden, die einfühlsam und persönlich erarbeiten, welche Schwerpunkte gesetzt werden sollen. Und welche Behandlung gewünscht wird.

**Das Wichtigste dabei: Alles wird so verfasst, dass es absolut rechtsverbindlich ist.**

### Vertrauen ist wichtig.

Wenn Sie also möchten, dass sich eine vertraute Person um Ihre Angelegenheiten kümmert, sollten Sie eine entsprechende Vollmacht formulieren lassen.

Es ist kompliziert zu wissen, was in diesen Dokumenten stehen muss und wie sie verfasst werden. Der SoVD-Landesverband Niedersachsen e.V. berät in seinen 50 Beratungszentren im ganzen Bundesland kompetent und persönlich.

### Wo wird Ihnen geholfen?

Eine Liste der Beratungszentren, die Ihnen rund um die Patientenverfügung und die Vorsorgevollmacht helfen, erhalten Sie im Internet unter [www.sovd-nds.de](http://www.sovd-nds.de) oder per Telefon unter der Nummer **0511 65610721**.

## Beitrittserklärung zum SoVD-Landesverband Niedersachsen e.V.

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

Name, Vorname	_____
Straße, Hausnr.	_____
PLZ, Ort	_____
Telefon	_____
E-Mail*	_____
Geburtsdatum	Eintritt ab 01./ /

\*nur zur Kontaktaufnahme innerhalb des Verbandes

Senden Sie mir die kostenlose Mitgliederzeitung durch:  den Ortsverband  Postversand

Ja, ich möchte den Newsletter erhalten, um über Neuigkeiten informiert zu werden. Mir ist bewusst, dass ich meine Einwilligung zum Erhalt des Newsletters jederzeit widerrufen kann.

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

### Monatsbeitrag

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.

Einzelbeitrag 7,90 Euro

Partner\*innen- und Familienbeitrag 11,50 Euro

Abbuchung  1/4-jährlich  1/2-jährlich  jährlich

### Partner- oder Familienbetrag

Name, Vorname	_____
E-Mail*	_____
Geburtsdatum	Unterschrift

(Sollte der Platz nicht für alle Familienmitglieder ausreichen, notieren Sie die Daten bitte auf einem gesonderten Blatt und legen es der Beitrittserklärung bei.)

### Einzugsermächtigung

Gläubiger-Identifikationsnummer des Sozialverband Deutschland e.V. – Beitragsverwaltung: DE7000000000098813

**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 jederzeitigem 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 gezogene 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/in	_____
Straße, Hausnr.	_____
PLZ, Ort	_____
Kreditinstitut	_____
BIC	_____
IBAN	_____
Datum/Ort	_____
Unterschrift	_____

Der SoVD-Landesverband Niedersachsen e.V. hat einen Kooperationsvertrag mit der Verbands-Versicherungs-Service GmbH (VVS), Hoher Holzweg 15a, 30966 Hemmingen, 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 GmbH weitergegeben und durch diese gespeichert und zum Zwecke der Kontaktaufnahme verwendet werden. Ich erkläre ferner meine Einwilligung dazu, dass die VVS GmbH 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.

**X**

### Datum, Ort, Unterschrift

### Geworben durch:

Name, Vorname	_____
Straße, Hausnr.	_____
PLZ, Ort	_____

Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Mitgliedsantrag per Post an die Adresse des SoVD-Landesverbandes Niedersachsen e.V. (Adresse siehe Rückseite), oder faxen Sie ihn an die Nummer 0511 70148-70.

