



FÜR MEHR INFORMATIONEN

Allgemeiner Deutscher Versicherten- und
Patienten-Schutzverband (ADVP e. V.)

Lindenallee 6
26122 Oldenburg
Telefon: (04482) 908 233 5

E-Mail: info@advp-schutzverband.de
Web: www.advp-schutzverband.de

SPENDENKONTO

Landessparkasse zu Oldenburg
IBAN: DE81 2805 0100 0092 0722 55
BIC: SLZODE22XXX

Spendenbelege können selbstverständlich
ausgestellt werden.

INFO-HOTLINE
(04482) 908 233 5



Kontakt:



Allgemeiner Deutscher
Versicherten- und Patienten-
Schutzverband e. V.

WER WIR SIND

Der ADVP ist ein **gemeinnütziger Verein und Schutzverband** für alle, die infolge Krankheit, Unfall oder aus Altersgründen pflege- und hilfsbedürftig sind.

Wir haben es uns zur Aufgabe gemacht, Betroffenen und ihren Angehörigen zu helfen, sich im ständig wandelnden Gesundheits- und Pflegemarkt zurechtzufinden.

Hierfür bieten wir:

- Orientierungshilfe zu Beratungs- und Hilfsangeboten vor Ort
- Unterstützung bei der Beantragung und Durchsetzung von Versicherungs- und Versorgungsleistungen
- umfangreiche Serviceleistungen

Gemeinsam mit unseren Partnern und befreundeten Organisationen setzen wir uns dafür ein, dass alle Betroffenen im Leistungsfall die für sie **bestmögliche Versorgung** erhalten.



PFLEGEBEDÜRFTIG – UND WAS JETZT?



Wir helfen Ihnen, das für Sie richtige Beratungs- und Hilfsangebot vor Ort zu finden.

HILFE! MEINE VERSICHERUNG WILL NICHT ZAHLEN!



Wir unterstützen Sie aktiv bei der Durchsetzung Ihrer Leistungsansprüche.

WO BEKOMME ICH, WAS ICH WIRKLICH BRAUCHE?



Wir zeigen Ihnen, welche Produkte und Dienstleistungen für Ihre Bedürfnisse geeignet sind und unterstützen Sie bei der Auswahl.

INFO-HOTLINE: (04482) 908 233 5

Beitrittserklärung / SEPA-Lastschriftmandat

Bitte einsenden an: ADVP e.V., Lindenallee 6, 26122 Oldenburg
ODER per Fax an: (04482) 908 233 6
ODER per Email an info@advp-schutzverband.de

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Firma	Beginn: 01.
Name, Vorname:			
Straße, Hausnummer:			
PLZ, Ort:			
Geburtsdatum:			
Telefon: /			
E-Mail:			

Aufnahmegebühr: einmalig 10,00 €

Jahresbeiträge (zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Vollmitgliedschaft	30,00 €
<input type="checkbox"/> Fördermitgliedschaft	mind. 12,00 € oder €
<input type="checkbox"/> Fördermitgliedschaft (jur. Personen)	mind. 120,00 € oder €

Zahlungsweise (mind. 5 €): jährl. ½-jährl. ¼-jährl. monatl.

Ich bin damit einverstanden, während und nach meiner Mitgliedschaft vom ADVP e.V. schriftlich oder telefonisch kontaktiert zu werden.



Ort / Datum Unterschrift Mitglied

SEPA-Lastschriftmandat

(Gläubiger-Identifikationsnummer: DE15ADV00001957062)

Ich ermächtige den Verein ADVP e.V. Zahlungen von meinem Konto bei Fälligkeit mittels Lastschrift widerruflich einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein ADVP e.V. auf mein 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.

Mitglieds-Nr. / Mandatsreferenz: Wird separat zu einem späteren Zeitpunkt mitgeteilt.

Kontoinhaber:
Bank: D E
IBAN:

Widerrufsrecht: Sie haben das Recht, binnen vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen ab dem Tage des Vertragsabschlusses. Das Formular „Widerruf des Beitritts zum Verein ADVP e.V.“ finden Sie unter www.advp-schutzverband.de



Ort / Datum Unterschrift Kontoinhaber