



# Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt  
zum Verband der Soldaten der Bundeswehr e.V. (VSB)  
mit Wirkung vom \_\_\_\_\_

## Die Beitrittserklärung bitte an:

**Verband der Soldaten der  
Bundeswehr e.V.**  
Bundesgeschäftsstelle  
Malvenweg 1a  
51061 Köln

Email: [mitglieder@vsb-bund.de](mailto:mitglieder@vsb-bund.de)

\_\_\_\_\_  
DstGrd, Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Dienststelle                      Dienstanschrift  
(PLZ, Dienstort, Straße, HausNr.)

\_\_\_\_\_  
OrgBereich                      TelNr. dstl.                      Email dstl.

\_\_\_\_\_  
Privatanschrift                      TelNr. priv.\*                      Email priv.\*  
(PLZ, Ort, Straße, HausNr.)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum                      Unterschrift

Durch meine Unterschrift bestätige ich meine Absicht, dem VSB beizutreten. Ich erkenne die Satzung an und versichere deren Einhaltung. Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Verbandszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verband Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verband gelöscht.

\* freiwillige Angabe

### Der monatliche Mitgliedsbeitrag beträgt:

Mitglieder (Aktive Soldatinnen und Soldaten)	5,00 EUR	<input type="checkbox"/>
Freiwillig Wehrdienstleistende	3,50 EUR	<input type="checkbox"/>
Ehemalige/Reservisten	2,50 EUR	<input type="checkbox"/>
Unterstützer des VSB	2,50 EUR	<input type="checkbox"/>
Hinterbliebene von ordentlichen Mitgliedern	2,50 EUR	<input type="checkbox"/>
Beitragsfreie Mitglieder (Ehrenmitglieder)	0,00 EUR	<input type="checkbox"/>

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

**Der Mitgliedsbeitrag wird jeweils für das Kalenderjahr eingezogen.**

### **Verband der Soldaten der Bundeswehr e.V. (VSB)**

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE25VSB00000592189**

Mandatsreferenz: **Ihre VSB-Mitgliedsnummer**

### **SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige den VSB, Beiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom VSB auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer                      Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name)                      BIC

\_\_\_\_\_  
IBAN

Die Satzung des VSB habe ich zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum                      Unterschrift

### **Versicherungsschutz**

Ich möchte eine Anwartschaft auf Versicherungsschutz in der privaten Krankenversicherung bei dem Debeka Krankenversicherungsverein a.G. abschließen. Als VSB-Mitglied erhalte ich diese Anwartschaft für die Zeit meiner Ausbildung (maximal 3 Jahre) in Verbindung mit der gesetzlich vorgeschriebenen Pflegepflichtversicherung kostenlos.

Ich willige ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten an den Debeka Krankenversicherungsverein zum Zwecke der Beratung, Information und Antragsvermittlung des besonderen Angebotes einer Anwartschaft (ANWN) für einen privaten Krankenversicherungsschutz übermittelt werden. Zu diesem Zweck dürfen sie an den für mich zuständigen Vermittler weitergegeben werden.

Ich willige ein, dass der zuständige Vermittler mich zum Zwecke der Terminvereinbarung telefonisch oder elektronisch kontaktieren darf.

Eine Rücklastschrift, die durch das Mitglied verursacht wurde, wird dem Mitglied mit einem Betrag in Höhe der Rücklastschriftgebühren zusätzlich in Rechnung gestellt.