



Beitrittserklärung

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

DstGrd, Name, Vorname

Geburtsdatum

Dienststelle (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

Die Beitrittserklärung bitte an:

Verband der Soldaten der
Bundeswehr e.V. (VSB) c/o
Verband der Beamten der
Bundeswehr e.V. (VBB)
Baumschulallee 18 a
53115 Bonn

Anmerkung

Der monatliche Mitgliedsbeitrag beträgt: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Mitglieder (Aktive Soldatinnen und Soldaten) 7,00 EUR
Ehemalige/Reservisten 2,50 EUR
Unterstützer des VSB 2,50 EUR

Welche Beteiligungsform hat Ihre Dienststelle?

Personalräte gem. BPersVG

Vertrauenspersonen gem. SBG

Sind Sie bereits Mandatsträger?

Ich bin Mitglied in einem PersR

Ich bin gewählte VP

Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag eingezogen.

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Verband der Soldaten der Bundeswehr e.V. (VSB), zu Lasten meines unten angegebenen Kontos die laufenden Mitgliedsbeiträge einzuziehen.

Name, Vorname

Straße, PLZ, Wohnort

Name des Geldinstituts Ort des Geldinstituts

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 von 3,50 Euro zusätzlich in Rechnung gestellt.