



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