



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

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Dienststelle

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

\_\_\_\_\_  
OrgBereich

\_\_\_\_\_  
TelNr. dstl.

\_\_\_\_\_  
Email dstl.

\_\_\_\_\_  
Privatanschrift

(PLZ, Ort, Straße, HausNr.)

\_\_\_\_\_  
TelNr. priv.\*

\_\_\_\_\_  
Email priv.\*

\_\_\_\_\_  
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

Freiwillig Wehrdienstleistende

3,50 EUR

Ehemalige/Reservisten

2,50 EUR

Unterstützer des VSB

2,50 EUR

Hinterbliebene von ordentlichen Mitgliedern

2,50 EUR

Beitragsfreie Mitglieder (Ehrenmitglieder)

0,00 EUR

(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.