

Beitrittserklärung

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

| | | | | Die Beitrittserklärung bitte an: |
|---|--|--|---|---|
| DstGrd, Name, Vorname | | | | Die Boistittoormanang bitto ann |
| | | | | Verband der Soldaten der |
| Geburtsdatum | | | | Bundeswehr e.V. (VSB) c/o |
| Gebuitsdatum | | | | Bildunbgsakademie VSB gUG |
| | | | | Pasedagplatz 4 |
| Dienststelle | Dienstanschrift | Dienstanschrift (PLZ, Dienstort, Straße, HausNr.) | | 13088 Berlin |
| | (PLZ, Dienstort, | | | Email: mitglieder@vsb-bund.de |
| | | | | Zinam mignodor@vos sana.do |
| OrgBereich | TelNr. dstl. | Email dstl. | | |
| Drivetens abrit | Talble seit * | Francii mais / * | | |
| Privatanschrift (PLZ, Ort, Straße, HausNr.) | TelNr. priv.* | Email priv.* | | |
| (1 LZ, O1t, Olialoc, Fladol (1.) | | | | |
| Ort, Datum | Unterschrift | | | |
| Mit der Speicherung, Übermittlung | und Verarbeitung mein b) bin ich einverstanden. | ner personenbezog Ich habe jederzeit | genen Daten f t die Möglichkei | Satzung an und versichere deren Einhaltung. ür Verbandszwecke gemäß den Bestimmungen des it, vom Verband Auskunft über diese Daten von mir zu |
| Der monatliche Mitgliedsbe | eitrag heträgt: | | | |
| Mitglieder (Aktive Soldatinner | | | 7.0 | 0 EUR 🖂 |
| Ehemalige/Reservisten | runa coladion, | | | 0 EUR □ |
| Unterstützer des VSB | | | | 0 EUR |
| Onterstatzer des VOD | | | | treffendes bitte ankreuzen) |
| Der Mitgliedsbeitrag wird a | s Jahresbeitrag ei | ngezogen. | | |
| Einzugsermächtigung | | | Anwartschaft | |
| Hiermit ermächtige ich den Verband der Soldaten der Bundeswehr e.V. (VSB), zu Lasten meines unten angegebenen Kontos die laufenden Mitgliedsbeiträge einzuziehen. | | Die VSB-Mitgliedschaft beinhaltet automatisch 3 Jahre lang eine kostenlose Anwartschaft. Die Anwartschaft in der PKV ist eine Versicherungsoption, die Ihnen das Recht sichert, später in den privaten Vollschutz einzutreten, ohne eine erneute Gesundheitsprüfung durchzuführen. Ideal für Phasen, in denen Sie die private Vollversicherung nicht benötigen, wie zum Beispiel | | |
| Name, Vorname | | | über die l Sie unse | Ihrer Zeit bei der Bundeswehr, in der Sie Heilfürsorge abgesichert sind.Hierzu wird r Kooperationspartner; die TS-Finanzwelt |
| PLZ, Ort, Strasse | | | kontaktie | ren. |
| | | | | |
| Name des Geldinstituts Ort des | Geldinstituts | | IS | FINANZWELT |
| BIC | IBAN | | | |
| ☐ Die Satzung des VSB habe ich zur Kenntnis genommen. | | | viderspreche der Kontaktaufnahme bezüglich Anwartschaft durch die TS-Finanzwelt. | |
| Ort, Datum | Unterschrift | | | |