

## Beitrittserklärung

Mitgliedsnummer

(wird durch die Bundesgeschäftsstelle vergeben)

Ich erkläre hiermit mit Wirkung vom  meinen Beitritt zum

## VERBAND DER ARBEITNEHMER DER BUNDESWEHR e.V. im dbb

53123 Bonn • Rochusstraße 178

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>	<b>Geburtsdag</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>PLZ</b>	<b>Ort</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>Berufs- oder Funktionsbezeichnung</b>	<b>E-Mailadresse / Telefon (Erreichbarkeit tagsüber)</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>Beschäftigungsdienststelle</b>	<b>Straße/Haus-Nr.</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>PLZ</b>	<b>Ort</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>Entgeltgruppe:</b> _____	<b>Teilzeitbeschäftigt:</b> <input type="checkbox"/> Ja, zu _____ % <input type="checkbox"/> Nein	<b>Werber:</b> _____	<b>Mitgliedsnummer:</b> _____
	<b>Auszubildende/r:</b> <input type="checkbox"/> Ja, seit _____		

Ich bin noch Mitglied in der Gewerkschaft \_\_\_\_\_  Ich beantrage Beitragsfreiheit bis zur Beendigung der Kündigungsfrist am:

<b>Bereich (I–VIII)</b>	<b>Bundesland</b>	<b>Standortgruppe</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

**VERBAND DER ARBEITNEHMER DER BUNDESWEHR E.V. IM DBB, ROCHUSSTRAßE 178, 53123 BONN**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE97VAB0000337141

Mandatsreferenz: Wird vom VAB nach Zuteilung der Mitgliedsnummer separat mitgeteilt.

### EINZUGSERMÄCHTIGUNG:

Ich ermächtige den VAB - Verband der Arbeitnehmer der Bundeswehr e.V., Rochusstraße 178, 53123 Bonn widerruflich, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge in der jeweils gültigen Höhe bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto wiederkehrend

vierteljährlich  halbjährlich  jährlich einzuziehen.

### SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT:

Ich ermächtige den VAB, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom VAB auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. *Hinweis:* Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. w

<b>Name des Kontoinhabers (Name, Vorname)</b>	<b>Straße und Hausnummer</b>	<b>PLZ und Ort</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>Name der Bank</b>	<b>BIC</b>	<b>IBAN</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Monatsbeiträge 2025

#### Datenschutzhinweis:

Ich bin damit einverstanden, dass die vorstehend gemachten Angaben zum Zwecke der satzungsgemäßen Aufgaben des VAB verarbeitet werden.

Ihre personenbezogenen Daten werden vom VAB gemäß der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und dem deutschen Datenschutzrecht (BDSG) für die Begründung und Verwaltung Ihrer Mitgliedschaft erhoben, verarbeitet und genutzt. Im Rahmen dieser Zweckbestimmungen werden Ihre Daten ausschließlich zur Erfüllung der gewerkschaftlichen Aufgaben an diesbezüglich besonders Beauftragte weitergegeben und genutzt. Die europäischen und deutschen Datenschutzgesetze gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Weitere Hinweise zum Datenschutz finden Sie in unserer Datenschutzrichtlinie unter: <http://www.vab-gewerkschaft.de/datenschutz>.

Entg.Grp	Beitrag
2	€ 14,00
3	€ 15,00
4	€ 15,75
5	€ 16,25
6	€ 16,75
7	€ 17,25
8	€ 18,00
9a	€ 18,75
9b	€ 20,00
9c	€ 21,50
10	€ 22,50
11	€ 23,75
12	€ 25,25
13	€ 27,00
14	€ 28,75
15	€ 31,25

Entg.Grp	Beitrag
<b>Krankenhaus</b>	
P 05	€ 15,00
P 06	€ 15,75
P 07	€ 17,50
P 08	€ 18,25
P 09	€ 19,75
P 10	€ 20,25
P 11	€ 21,50
P 12	€ 22,50
P 13	€ 23,75
P 14	€ 24,50
P 15	€ 25,00
P 16	€ 25,50

<b>Ort</b>	<b>Datum</b>	<b>Unterschrift</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Der MITGLIEDSBEITRAG beträgt monatlich 0,5% (Stufe 3) der jeweiligen (auch gesicherten) Entgeltgruppe. Arbeitnehmer in § 11 TV UmBw und Teilzeitbeschäftigte mit einer Beschäftigung bis zu 75 % der regelmäßigen Arbeitszeit zahlen die Hälfte des jeweiligen Monatsbeitrages, aufgerundet auf € 0,25. Beitrag für Rentner: € 3,50/Monat. Auszubildende: € 3,50/Monat, im ersten Jahr der Mitgliedschaft beitragsfrei.

Im Mitgliedsbeitrag enthalten ist eine DIENSTHAFTPFLICHTVERSICHERUNG SOWIE EINE FREIZEITUNFALLVERSICHERUNG bei der DBV mit einer Todesunfallentschädigung von € 1.250, einer Invaliditätsentschädigung bis zur Höhe von € 3.750 und einem Unfall-Krankenhaustagegeld von € 5,-.