

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

| | | |
|---------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Name <input type="text"/> | Vorname <input type="text"/> | Geburtsstag <input type="text"/> |
|---------------------------|------------------------------|----------------------------------|

| | |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------|
| PLZ <input type="text"/> Ort <input type="text"/> | Straße/Haus-Nr. <input type="text"/> |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------|

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

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

| | |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| PLZ <input type="text"/> Ort <input type="text"/> | Personalbearbeitende Dienststelle <input type="text"/> |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|

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

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

| | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Bereich (I-VIII) <input type="text"/> | Bundesland <input type="text"/> | Standortgruppe <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: DE97VAB00000337141

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.

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

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

Monatsbeiträge 2022

Datenschutzhinweis:

Ich bin damit einverstanden, dass die vorstehend gemachten Angaben zum Zwecke der satzungsmäßigen 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/servicenav/datenschutz.php>.

| Entg.Grp | Beitrag |
|----------|---------|
| 1 | € 10,00 |
| 2 | € 12,00 |
| 2Ü | € 12,50 |
| 3 | € 13,00 |
| 4 | € 13,50 |
| 5 | € 14,00 |
| 6 | € 14,50 |
| 7 | € 15,00 |
| 8 | € 15,75 |
| 9a | € 16,25 |
| 9b | € 17,50 |
| 9c | € 19,00 |
| 10 | € 20,00 |
| 11 | € 21,00 |
| 12 | € 22,25 |
| 13 | € 23,75 |
| 14 | € 25,50 |
| 15 | € 27,75 |
| 15 Ü | € 36,00 |

| Entg.Grp Krankenhaus | Beitrag |
|-------------------------|---------|
| P 05 | € 12,75 |
| P 06 | € 13,50 |
| P 07 | € 15,00 |
| P 08 | € 15,75 |
| P 09 | € 17,25 |
| P 10 | € 17,75 |
| P 11 | € 19,00 |
| P 12 | € 19,50 |
| P 13 | € 21,00 |
| P 14 | € 21,50 |
| P 15 | € 22,00 |
| P 16 | € 22,50 |

| | | |
|--------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| Ort <input type="text"/> | Datum <input type="text"/> | Unterschrift <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**: € 2,50/Monat.

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,-.