

# VERÄNDERUNGSMITTEILUNG



Bereich: \_\_\_\_\_ StoGrp/Vertrauensmann: \_\_\_\_\_

Verband der Arbeitnehmer der Bundeswehr e.V.  
Bundesgeschäftsstelle  
Rochusstraße 178  
53123 Bonn

Ich bin einverstanden, dass die von mir nachstehend gemachten Angaben für Zwecke der satzungsgemäßen Aufgaben des VAB verarbeitet werden.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Angaben zum Mitglied:

_____ Name	_____ Vorname	_____ Mitgliedsnummer	_____ Geb.-Datum
_____ Straße / Haus-Nr.	_____ PLZ / Ort	_____ E-Mail	_____ Telefon

## Veränderungsart:

Änderung mit Wirkung vom: \_\_\_\_\_

- Kündigung (Bitte im Original beifügen)       Todesfall       Eintritt in den Rentenstand       Härtefallregelung
- Änderung der Entgeltgruppe: \_\_\_\_\_       Teilzeitbeschäftigt mit \_\_\_\_\_%       Elternzeit bis \_\_\_\_\_
- Beendigung der Ausbildung und Übernahme in ein Arbeitsverhältnis       Sonstiges \_\_\_\_\_
- Aktuelle Beschäftigungsdienststelle: \_\_\_\_\_  
Bezeichnung der Dienststelle (ausführlich)      Anschrift
- Änderung der Privatanschrift: \_\_\_\_\_  
Straße / Haus-Nr.      PLZ / Ort

## Änderung der Bankverbindung / Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats (Übersendung nur im Original)

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

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE97VAB00000337141  
Mandatsreferenz: Wird vom VAB 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

- 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)      Straße und Hausnummer      PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Name der Bank      BIC      DE      IBAN

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum      Unterschrift des Kontoinhabers

## Bemerkungen: