

AUFNAHMEANTRAG

Rettungszentrum Regional Amberg-Sulzbach

Ich beantrage die Mitgliedschaft im **Rettungszentrum Regensburg e.V. (rZR)** als **ordentliches Mitglied**.
Die Satzung des rZR erkenne ich an.

BEI PRIVATPERSONEN:
NAME

VORNAME

ANREDE/TITEL/BERUF

BEI INSTITUTIONEN, ORGANISATIONEN, FIRMEN ETC. (JURISTISCHE PERSONEN):
BEZEICHNUNG UND ANSPRECHPARTNER:

DIENSTLICHE ANSCHRIFT (BITTE AUCH BEI PRIVATPERSONEN AUSFÜLLEN):
DIENSTSTELLE

STRASSE U. HAUSNUMMER

TELEFON

POSTLEITZAHL ORT

FAX

E-MAIL

PRIVATANSCHRIFT:
STRASSE U. HAUSNUMMER

TELEFON

POSTLEITZAHL WOHNORT

FAX

E-MAIL

Post an * **Privatadresse** **Dienstadresse**

Die erhobenen Daten werden
mittels EDV erfaßt und
gespeichert.

DATUM

UNTERSCHRIFT DES ANTRAGSTELLERS

Mindestjahresbeiträge wurden von der Mitgliederversammlung festgelegt: Professoren u. Chefarzte: 100,00 €

Institutionen, Organisationen etc. 120,00€

Rettungsassistenten, Krankenpflegepersonal, AIP etc: 12,00 €

Geschäftsführer u. Direktoren etc. 80,00 €

Ärzte etc: 36,00 € Studenten 5,00 €

**Den jährlichen Mitgliedsbeitrag zahle ich
bargeldlos durch Bankeinzug**

Rechnung erforderlich

ja

nein

Bankverbindung: Sparkasse Regensburg BLZ 750 500 00
Postanschrift: rZR, Greflinger Str. 20, 93055 Regensburg,

Kto.Nr. 100 25 00
e-mail: info@rettungszentrum.de

Bankeinzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich/wir das rZR, den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von _____ € von folgendem Konto einzuziehen:

NAME DES MITGLIEDS

VORNAME

NAME DER INSTITUTION, ORGANISATION, FIRMA ETC.

BANKLEITZAHL

KONTONUMMER

NAME DES KREDITINSTITUTS

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers