

AUFNAHMEANTRAG

Ich beantrage die Mitgliedschaft im **Rettungszentrum Regensburg e.V. (rzt)** als **ordentliches Mitglied**. Die Satzung des rzt 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. Chefärzte: 100,00 €
 Institutionen, Organisationen etc. 120,00€ Rettungsassistenten, Krankenpflegepersonal, AIP etc: 15,00 €
 Geschäftsführer u. Direktoren etc. 80,00 € Ärzte etc: 50,00 €

Bankverbindung: Sparkasse Regensburg
 Postanschrift: Rettungszentrum Regensburg,
 Franz-Josef-Strauß-Allee 22, 93053 Regensburg

IBAN DE86 7505 0000 0001 0025 00
 e-mail: info@rettungszentrum.de

Bankeinzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich/wir das rzt, 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