

# 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

EMAIL

**PRIVATANSCHRIFT:**  
STRASSE U. HAUSNUMMER

TELEFON

POSTLEITZAHL WOHNORT

FAX

EMAIL

Post an  Privatadresse  Dienstadresse

Die erhobenen Daten werden  
mittels EDV erfasst und  
gespeichert.

\_\_\_\_\_  
DATUM

\_\_\_\_\_  
UNTERSCHRIFT DES ANTRAGSTELLERS

**Mindestjahresbeiträge** wurden von der Mitgliederversammlung festgelegt:

Institutionen, Organisationen etc. 120,00€

Rettungsassistenten, Krankenpflegepersonal, AIP etc: 15,00 €

Professoren u. Chefärzte: 100,00 €

Ärzte etc: 50,00 €

Geschäftsführer u. Direktoren etc. 80,00 €

Standardbeitrag 36,00 €

**Bankverbindung:** Sparkasse Regensburg

IBAN DE86 7505 0000 0001 0025 00

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

Email: rettungszentrum@ukr.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