

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. Chefarzte: 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