

AUFNAHMEANTRAG



c/o Klinikum der Universität Regensburg
93042 Regensburg

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:

- | | | | |
|--|---------|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Standardbeitrag | 36,00 € | <input type="checkbox"/> Rettungsassistenten, Krankenpflegepersonal, AIP etc: | 15,00 € |
| <input type="checkbox"/> Ärzte | 50,00 € | <input type="checkbox"/> Professoren und Chefärzte | 100,00 € |
| | | <input type="checkbox"/> Institutionen, Organisationen etc. | 120,00 € |

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: rettungszentrum@klinik.uni-regensburg.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