

AUFNAHMEANTRAG **RZR-Passau**

Ich beantrage die Mitgliedschaft im **Rettungszentrum Regensburg e.V. (RZR)**
- **Regionalzentrum Passau** - als **ordentliches Mitglied**. Die Satzung des rzz erkenne ich an.

BEI PRIVATPERSONEN:

NAME _____ VORNAME _____ ANREDE/TITEL _____

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 _____

Mein/Unser **RZR-Jahresbeitrag** beträgt _____ €

Folgende **Mindestjahresbeiträge** wurden von der Mitgliederversammlung festgelegt:

Ärzte, Führungspositionen, Institutionen, Organisationen
etc. 36,00 €

Rettungsassistenten, Krankenpflegepersonal, AIP
etc. 12,00 €

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

Rechnung erforderlich
 ja nein

Bankverbindung:

Sparkasse Regensburg
BLZ : 750 500 00
Kto.Nr.: 100 25 00

Postanschrift:

rzz, Josef-Engert-Str. 9
93053 Regensburg
e-mail: info@rettungszentrum.de

Bankeinzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich/wir das rzz, 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 _____