

# 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 \_\_\_\_\_