

Beitrittserklärung

Ich möchte ab 01. _ . _ . _ . _ .

- aktives Mitglied (Jahresbeitrag EUR 60,--)
- Auszubildende/ Anwärter (Jahresbeitrag EUR 60,--)
(inkl. Berufshaftpflichtversicherungsschutz während der Ausbildung)
- juristische Person Jahresbeitrag EUR 100,--
(ohne Versicherungsleistungen)
- Fördermitglied mind. EUR 100,--, gewünschter Jahresbeitrag EUR _____
(ohne Stimmrecht, ohne Versicherungsleistungen)

des DBRD werden und verpflichte mich, den satzungsgemäßen Beitrag zu zahlen.

Name, Vorname _____ geb. am _____

Anschrift (PLZ, Ort) _____ Strasse _____

E-Mail: _____ Tel: _____

Arbeitnehmer Beamtin/ Beamter Soldat

Tätig als: Rettungsassistent Rettungssanitäter _____

Auszubildende(r) Anwärter(in) bis _____

Arbeitgeber: _____
(Anschrift) _____

Ich bin damit einverstanden, dass die vorstehenden Daten und späteren Veränderungen hierzu für berufspolitische Zwecke gespeichert werden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Einzugsermächtigung (Mitgliedschaft nur mit Einzugsermächtigung möglich)

Ich ermächtige den DBRD, die von mir satzungsgemäß zu zahlenden Beiträge, jährlich von meinem Konto Nr. _____ bei der Bank _____ (BLZ: _____) abzubuchen.

Datum: _____ Unterschrift: _____