



Deutsche Gesellschaft für  
Rettungsdienst und präklinische  
Notfallmedizin e.V. (DGRN)  
Maria-Goepfert-Straße 3  
23562 Lübeck

Bitte senden Sie an:

## Beitrittserklärung

Bitte für Sie Zutreffendes ankreuzen bzw. gut lesbar ausfüllen.

Ich möchte ab dem 01. . . . .

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Mitglied Arzt/Ärztin<br>95,-€ Jahresbeitrag                  | <input type="radio"/> Mitglied DBRD<br>0,-€ Jahresbeitrag       | <input type="radio"/> Mitglied Rettungsfachpersonal<br>65,-€ Jahresbeitrag |
| <input type="radio"/> Mitglied Student/-in/Auszubildende/-r<br>45,-€ Jahresbeitrag | <input type="radio"/> Mitglied sonstiges<br>65,-€ Jahresbeitrag | <input type="radio"/> Juristisches Mitglied<br>250,-€ Jahresbeitrag        |

Fördermitglied gewünschter Jahresbeitrag:

. . . . ., - € (ab 100,-€)

Businesspartner gewünschter Jahresbeitrag:

. . . . ., - € (ab 1.000,-€)

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

Vorname/Nachname		Geburtsdatum		<input type="radio"/> Arbeitnehmer/-in
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort	<input type="radio"/> Beamte/-r
E-Mail		Telefonnummer		<input type="radio"/> Soldat/-in

### Tätig als:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Notfallsanitäter/-in  | <input type="radio"/> Rettungsassistent/-in   | <input type="radio"/> Rettungssanitäter/-in |
| <input type="radio"/> Auszubildende/-r zum RettSan                                    | <input type="radio"/> Auszubildender zum NotSan   | <input type="radio"/> Arzt/Ärztin           |
| <input type="radio"/> Gesundheits- und Krankenpfleger/-in                             | <input type="radio"/> Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in                             | <input type="radio"/> Student/-in           |
| <input type="radio"/> Auszubildende/-r zum/zur<br>Gesundheits- und Krankenpfleger/-in | <input type="radio"/> Auszubildende/-r zum/zur Gesundheits-<br>und Kinderkrankenpfleger/-in | <input type="radio"/> sonstiges             |

In Ausbildung bis zum: . . . . .

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

Datum	Unterschrift
-------	--------------

### Einzugsermächtigung:

Mitgliedschaft nur mit Einzugsermächtigung möglich – ausgenommen DBRD-Mitglieder.

Ich ermächtige die DGRN, die von mir satzungsgemäß zu zahlenden Beiträge, jährlich von meinem Konto bei der

Bank	BIC
IBAN abzubuchen.	

Datum	Unterschrift
-------	--------------