

GRC-Geschäftsstelle
 c/o Universitätsklinikum Ulm
 Sektion Notfallmedizin
 Prittwitzstraße 43
 89070 Ulm

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den GRC e.V.
 als Institution gemäß der GRC-Satzung.

Bitte füllen Sie den Antrag aus und senden Sie ihn an die GRC-Geschäftsstelle.

Mitgliedsnummer (wird von der GRC-Geschäftsstelle eingetragen)

MIT	
-----	--

Personalien

Name*		Vorname*	
Titel		Geburtsdatum*	

Adresse

Institution*			
Straße, Hausnummer*			
PLZ*		Ort*	
Telefon		Handy	
E-Mail*			

Fachgebiet für Ärzte

- | | | |
|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Anästhesiologie | <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Innere Medizin |
| <input type="checkbox"/> Pädiatrie | <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Tätigkeit im Rettungsdienst

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rettungssanitäter/in | <input type="checkbox"/> Rettungsassistent/in | <input type="checkbox"/> Notfallsanitäter/in |
| <input type="checkbox"/> Leiter/in RD | <input type="checkbox"/> Lehr-RA/in | <input type="checkbox"/> ÄLRD |
| <input type="checkbox"/> Lehrer/in RD | <input type="checkbox"/> Leitstellendisponent/in | <input type="checkbox"/> Notarzt |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | | |

Wir sind Mitglied im ERC*

- ja nein

* = Pflichtangaben

Interessenschwerpunkt (mehrere Angaben möglich)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Basic Life Support | <input type="checkbox"/> Advanced Life Support | <input type="checkbox"/> Paediatric Life Support |
| <input type="checkbox"/> Trauma Life Support | <input type="checkbox"/> Forschung | <input type="checkbox"/> Telefonreanimation |
| <input type="checkbox"/> Lehre | <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Kurze Beschreibung der Institution*

Kontoverbindung

IBAN*		BIC	
Kreditinstitut			
Kontoinhaber*			

Ich ermächtige den GRC e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom GRC e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Mir ist bekannt, dass ich innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich werde Änderungen meiner Kontodaten der GRC-Geschäftsstelle unverzüglich mitteilen. Gebühren, die durch fehlende oder fehlerhafte Angaben anfallen, werde ich dem GRC e.V. erstatten. Mir ist bekannt, dass der GRC e.V. die Mitgliedsbeiträge von Neuanmeldungen innerhalb eines Monats nach Ausstellung des Aufnahmeantrags einzieht; ansonsten erfolgt der Einzug der Mitgliedsbeiträge im ersten Quartal des Jahres im Voraus.

Jahresbeitrag*

- 250,00 €

Die Bestätigung Ihres Mitgliedsantrages erhalten Sie von uns umgehend. Ihre Daten werden gespeichert und nur für Zwecke des GRC verarbeitet. Bitte beachten Sie hierzu auch unsere Hinweise zum Datenschutz auf der GRC Website. <https://www.grc-org.de/datenschutz>

Ort/Datum*	
------------	--

Unterschrift*

* = Pflichtangaben

Geschäftsstelle: c/o Universitätsklinikum Ulm, Sektion Notfallmedizin, Frau Hellmann, Prittwitzstraße 43, 89070 Ulm,
Tel: 0731 / 1457 9989; **E-mail:** info@grc-org.de

Vorstandsvorsitzender des GRC e.V.: Prof. Dr. med. Bernd Böttiger, Universitätsklinikum Köln, Kerpener Str. 62, 50937 Köln
VR 720097 Amtsgericht Ulm; Steuernummer DE 2781912756