



Paramedic – Brandenburg e.V.

Hauptstr. 30A
15326 Zeschdorf
Tel.: 033602/ 90 9999

Mitgliedsantrag

Persönliche Angaben

Name, Vorname

geboren am

Geschlecht

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Telefonnummer (Mobil)

E-Mail

Weitere Angaben

Führerscheinklasse/n:	<input type="checkbox"/> keine	Qualifikation/en:	<input type="checkbox"/> keine
<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> Erst – Helfer	<input type="checkbox"/> RettSan
<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> SSD	<input type="checkbox"/> RettAss
<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> D1	<input type="checkbox"/> SAN A,B,C / ESAN	<input type="checkbox"/> NotSan
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> RSW	<input type="checkbox"/> Pflegehelfer/-ass
<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> BE	<input type="checkbox"/> First – Responder	<input type="checkbox"/> Pflegefachkraft
<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C1E	<input type="checkbox"/> RettH	<input type="checkbox"/> Arzt
<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> D1E		
<input type="checkbox"/> DE	<input type="checkbox"/> L		
<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> SBF		

Zustimmung/ Unterschriften

Ich beantrage die Aufnahme in den Verein **Paramedic – Brandenburg e.V.** und erkenne die Satzung und Ordnung des Vereins an.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragsstellers

Bei Minderjährigen:

Telefonnummer des Elternteils bzw.
des Erziehungsberechtigten

Unterschrift des Elternteils bzw.
des Erziehungsberechtigten