



Swiss  
Resuscitation  
Council

# Beitrittserklärung

## Ausserordentliches Mitglied

Jahresbeitrag : CHF 250.00

Name: \_\_\_\_\_

Firma / Organisation : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort : \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Motivation zur Mitgliedschaft / Kurzbeschrieb Person

---

---

---

---

---

---

---

---

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_