

Anforderung Sanitätsdienst

Daten zur Veranstaltung:

Art der Veranstaltung:	Ansprechpartner vor Ort:
Veranstalter:	Adresse:
Ort der Veranstaltung:	Telefon:
Anzahl der erwarteten Besucher:	eMail:

Einsatzdaten und Termine:

Datum:	Uhrzeit von:	Uhrzeit bis:
Datum:	Uhrzeit von:	Uhrzeit bis:
Datum:	Uhrzeit von:	Uhrzeit bis:
Datum:	Uhrzeit von:	Uhrzeit bis:
Datum:	Uhrzeit von:	Uhrzeit bis:
Datum:	Uhrzeit von:	Uhrzeit bis:

Gibt es behördliche Auflagen für die Veranstaltung?

Ja Nein

Platz / Raum für den ASB ist reserviert?

Ja Nein

Bitte dieser Anforderung unbedingt ein ausführliches Veranstaltungsprogramm beilegen!

Hiermit bestätigt der Veranstalter, dass der ASB RV Niedersachsen West zum Sanitätsdienst für die oben genannte Veranstaltung zu oben genannten Terminen angefordert wird!

Ort, Datum	Unterschrift des Veranstalters
------------	--------------------------------

Bitte dieses Formular ausfüllen und zurücksenden an den:
 Arbeiter-Samariter-Bund Regionalverband Niedersachsen West
 Frankenstr. 6 49082 Osnabrück
 Tel.: 0541/95730-0
 Fax: 0541/95730-99
 oder per E-Mail an:
 info@asb-nds-west.de

Bitte hier eine ggf. abweichende Rechnungsanschrift eingeben:

Anmerkungen: