**Anforderung eines DRK-Sanitätsdienstes**

Für die nachfolgend bezeichnete Veranstaltung bitten wir, uns einen Sanitätsdienst zur Verfügung zu stellen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Veranstalter: | |  | |
| Art der Veranstaltung: | |  | |
| Ort der Veranstaltung: | |  | |
| Datum: | |  | |
| Uhrzeit: | | von bis | |
| Anzahl Teilnehmer (ca.): | |  | |
| Ansprechpartner | Name | |  |
|  | Straße | |  |
|  | PLZ, Ort | |  |
|  | Telefonnummer | |  |
|  | E-Mail | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| , |  |  |
| **Ort, Datum** |  | **Unterschrift/Stempel** |

Anmerkungen: 