**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: 