

Deutsches Rotes Kreuz



Kreisverband Stormarn
Ortsverein: Reinbek e.V.
Birkenweg 3
21465 Reinbek
Tel.: (040) 710 30 31
FAX: (040) 325 18 666

Posteingangsdatum:

Anforderung Sanitätsdienst

Anfordernde(r):

Name der Firma/Organisation/Verein:

Name des Ansprechpartners:

Anschrift des Ansprechpartners:

Erreichbarkeit des Ansprechpartners:

tagsüber:

abends:

evtl. Fax:

()

()

()

e-mailadresse:

Angaben zum Dienst

Datum der Veranstaltung:

Uhrzeit Beginn:

Uhrzeit Ende:

Art der Veranstaltung:

Ort der Veranstaltung:

Maximal zulässige Besucherzahl: _____ Personen.

Vom Veranstalter erwartete Besucherzahl: _____ Personen.

Nehmen Prominente an der Veranstaltung teil? nein ja

Hat der Veranstalter Erkenntnisse bezüglich d. Gewaltbereitschaft von Besuchern? nein ja

Name des Ansprechpartners vor Ort:

Erreichbarkeit während der Veranstaltung:

Angefordertes Personal / Material / Fahrzeug:

Platz für zusätzliche Ergänzungen / Hinweise

Bearbeitungsvermerke: