



## Anforderung Sanitätsdienst beim DRK Ortsverein Wilhelmsdorf

Veranstaltung:

### Veranstalter (Rechnungs- und Postanschrift):

Name:

Straße, Hausnr., PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

### Datum und Uhrzeit des Sanitätsdienstes:

Datum:

von:  Uhr bis  Uhr

Datum:

von:  Uhr bis  Uhr

Datum:

von:  Uhr bis  Uhr

Datum:

von:  Uhr bis  Uhr

### Veranstaltungsort:

Bezeichnung / Name:

Straße, Hausnr., PLZ, Ort:

#### Bitte ankreuzen:

unter freiem Himmel

in einem Festzelt

in einem Gebäude

Umzug

in mehreren Festzelten

in mehreren Gebäuden

Fläche ca.:  m<sup>2</sup>

maximale Besucherzahl:  Stück

erwartete Besucherzahl: ca.  Stück

## Behörden / Organisationen:

Sind an der Veranstaltung folgende Behörden und Organisationen ebenfalls beteiligt?  Nein

Feuerwehr

Polizei

Sicherheitsdienst

Arzt, Vereinsarzt

## Versorgung:

Steht ein geeigneter Sanitätsraum zur Verfügung?

Ja  Nein

Steht ein Wasseranschluss zur Verfügung?

Ja  Nein

Steht ein Stromanschluss zur Verfügung? (230 V, 400 V)

Ja  Nein

wenn ja  230 V  400 V

## Verantwortlicher Ansprechpartner:

### vor der Veranstaltung:

Name:

Straße, Hausnr., PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

### während der Veranstaltung:

Name:

Aufenthaltsort:

Erreichbarkeit:

persönlich vor Ort

telefonisch unter:

## Sonstiges:

Platz für Anmerkungen:

Ort, Datum

Dieses Formular bitte ausgefüllt per E-Mail zurück an: [sanitaetsdienste@drk-wilhelmsdorf.de](mailto:sanitaetsdienste@drk-wilhelmsdorf.de)