

Anmeldung Sanitätsdienst

Veranstalter _____

Art der Veranstaltung _____

Ort der Veranstaltung _____

Datum: _____ Zeit von: _____ bis _____ Uhr = _____ Std.

Datum: _____ Zeit von: _____ bis _____ Uhr = _____ Std.

Datum: _____ Zeit von: _____ bis _____ Uhr = _____ Std.

Name Kontaktperson: _____ Tel. P: _____

Strasse / Ort: _____ Tel. N: _____

Adresse für _____

Rechnungsstellung: _____

Infrastruktur

Standort Zelt wo: _____

Elektrischer Anschluss: _____

Wasseranschluss: _____

Raum Sanitätsdienst (vom Veranstalter zur Verfügung gestellt)

wo: _____

Raumbezeichnung: _____

Elektrischer Anschluss: _____

Wasseranschluss: _____

Spezielles _____

Veranstalter _____ **Samariterverein Zell** _____

Kontaktperson Samariterverein Zell

Präsidentin Karin Fischer, Tal 1, 6144 Zell

Tel. P: 041 970 02 07

E-Mail: kafizell@bluewin.ch