

BITTE SENDEN SIE DIE AUSGEFÜLLTE ANMELDUNG BIS 2 WOCHEN VOR NUTZUNGSDATUM AN DAS
LRA SÄCHSISCHE SCHWEIZ-OSTERZGEBIRGE (AKZR) ZURÜCK
Fax 03501-523778

Verbindliche Anmeldung zur Ausbildung auf der

ATEMSCHUTZÜBUNGSANLAGE

Nach FwDV 7

am _____ im FTZ Grundmühle

Zeit	Name	Vorname	Ortsfeuerwehr	Bemerkung Ausbilder
18:00 Uhr bis 19:00 Uhr				
19:00 Uhr bis 20:00 Uhr				
20:00 Uhr bis 21:00 Uhr				
21:00 Uhr bis 22:00 Uhr				

Der unterzeichnende bestätigt, dass die delegierten Feuerwehrangehörigen die für die Ausbildung erforderlichen körperlichen und fachlichen Voraussetzungen erfüllen, sowie ein gültige Gesundheitsuntersuchung G 26.3 besitzen. Der Nachweis ist vor Übungsbeginn vorzulegen.

Die zur Entschädigung der Ausbilder entstehenden Kosten werden anteilig nach Abschluss der Ausbildung durch das Landratsamt gegenüber der Stadt/Gemeinde durch Rechnung geltend gemacht.

Nutzung (bitte ankreuzen)	
	5.1 mit Ausbilder, mit Sani, mit Geräten
	5.2 mit Ausbilder, ohne Sani, mit Geräten
	5.3 ohne Ausbilder, mit Sani, mit Geräten
	5.4 ohne Ausbilder, ohne Sani, ohne Geräte
	5.5 mit Ausbilder, mit Sani, ohne Geräte
	5.6 ohne Ausbilder, ohne Sani, mit Geräten

Datum / rechtsverbindliche Unterschrift / Stempel
Stadt-/ Gemeindeverwaltung