

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
8:00 Uhr bis 9:00 Uhr				
9:00 Uhr bis 10:00 Uhr				
10:00 Uhr bis 11:00 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)	
<input type="checkbox"/>	5.1 mit Ausbilder, mit Sani, mit Geräten
<input type="checkbox"/>	5.2 mit Ausbilder, ohne Sani, mit Geräten
<input type="checkbox"/>	5.3 ohne Ausbilder, mit Sani, mit Geräten
<input type="checkbox"/>	5.4 ohne Ausbilder, ohne Sani, ohne Geräte
<input type="checkbox"/>	5.5 mit Ausbilder, mit Sani, ohne Geräte
<input type="checkbox"/>	5.6 ohne Ausbilder, ohne Sani, mit Geräten

Datum / rechtsverbindliche Unterschrift / Stempel  
Stadt-/ Gemeindeverwaltung