

## Anmeldeformular für Sanitätsdienst

### Kontaktadresse Samariterverein :

Nicole Gribi  
Obere Blattenstr.6  
8717 Benken  
Tel: 055 282 42 34  
E-Mail: \_\_\_\_\_

### Adresse des Veranstalters:

Name \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Kontaktperson \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**Veranstaltung:** \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_  
Durchführungsdatum: \_\_\_\_\_  
Zeit: \_\_\_\_\_

### Samariterdienst:

Datum: \_\_\_\_\_ Zeit \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_ Zeit: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_ Zeit: \_\_\_\_\_

### Durchführung:

bei jeder Witterung ja  nein   
Tel. im Zweifelsfall \_\_\_\_\_  
Verschiebedatum: \_\_\_\_\_

### Sanitätsposten:

Raum vorhanden: ja  nein   
Grösse \_\_\_\_\_  
Sanitätszelt Samariterverein nötig (3x6 m) ja  nein   
Strom/Wasser vorhanden ja  nein   
Natel/Telefon/Funk ja  nein

### Notfallarzt:

durch Veranstalter organisiert ? ja  nein   
Wenn ja anwesend ja  nein   
Name/Adresse/Tel. \_\_\_\_\_

### Verkehrsweg:

Ab- und Zufahrtsweg für Notfälle muss frei sein  
1 Parkplatz ist zwingend nötig

### Verpflegung Samariter:

organisiert durch Veranstalter ja  nein

**Kontaktperson für Samariterverein:** \_\_\_\_\_

**Rechnungsadresse:** \_\_\_\_\_

**Bemerkung Veranstalter:** \_\_\_\_\_

Ort/Datum/Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Anmeldung muss min. 8 Wochen vor der Veranstaltung bei Frau Nicole Gribi sein !**

Bestätigung vom Samariterverein: (leer lassen)

Kopie an : 1 Postenverantwortliche  
1 Veranstalter  
1 TK Chef

Zusage: ja  nein   
Es stehen \_\_\_\_\_ Samariter zur Verfügung  
Postenchefin \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_