

Deutsches Rotes Kreuz
Landesverband Hessen e.V.
Abraham-Lincoln-Str. 7
65189 Wiesbaden
Tel: 0611/79 09-0 Fax: 0611/70 10 99

DRK-Kreisverband _____

Anmeldung zum Lehrgang: _____

vom: _____ bis: _____ in: _____

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Geb.-Datum: _____

Beruf: _____ Jetzige Tätigkeit: _____

Arbeitgeber (volle Anschrift): _____

Ausbildung im Deutschen Roten Kreuz in den letzten 5 Jahren:

(die nach Lehrgangsausschreibung vorausgesetzten Ausbildungen unbedingt angeben)

Jahr	Ausbildung bzw. Lehrgang	Lehrgangsort

Eine Übernachtung ist gewünscht ist nicht gewünscht

Im DRK aktiv seit _____ Im DRK zur Zeit tätig als: _____

Im DRK für folgende Aufgaben vorgesehen: _____

_____, _____

(Unterschrift des Teilnehmers/
der Teilnehmerin)

Diese Anmeldung wird mit Unterstützung der EDV unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen bearbeitet.

Befürworten/Bemerkungen: _____

Mit der Unterschrift wird bestätigt, daß der Teilnehmer/die Teilnehmerin die o.g. Ausbildungen absolvierte und die Teilnahme-Voraussetzungen erfüllt. Zugleich wird hiermit die Einwilligung zur Foto-/Berichterstattung in allen Publikationen des Deutschen Roten Kreuzes gegeben.

_____, _____

(Unterschrift)

Kreisbereitschaftsleiter/in
Kreisverbandsarzt

* Nichtzutreffendes bitte streichen