

FAX-Meldung an:
03634 - 688816

___.___.201__

Landratsamt Sömmerda
SG Brand- und Katastrophenschutz
KBI Klube
Bahnhofstraße 9

99610 Sömmerda

Anmeldung

zur Nutzung der Atemschutzübungsanlage (ASÜ) im FTZ Artern

Die Freiwillige Feuerwehr _____
Ort

möchte am ___.___.201__ __:__ Uhr

und / oder)² ___.___.201__ __:__ Uhr

und / oder)² ___.___.201__ __:__ Uhr

die ASÜ für die Belastungsübung der Atemschutzgeräteträger (ASGT) nutzen.

Anzahl ASGT: _____

Übungsnachweiskarten *:

sind vorhanden

wir benötigen neue Karten für folgende ASGT:

Vorname	Name	Geburtsdatum	Letzte G 26/3	Nächste G 26/3

Vertrag mit FTZ Artern *:

nein,

ja seit _____

Jahr

Unterschrift StBM/OrtsBM/WeFü)²

* = zutreffendes bitte im Feld ankreuzen und ggf. ergänzen,
)² = nichtzutreffendes bitte streichen