



Antrag auf Notfall – Serviceleistung

Eingang GS am:

Benachrichtigung an Antragsteller:

An Apotheke am:

Kunden-Nr.:

Realisierungstermin:

Träger der HG

IK:

Name und Standort der HG:

Wir beantragen hiermit verbindlich die Teilnahme an der Notfall-Serviceleistung für die Module:

- Neuerwerb eines Notfallrucksack mit Füllung Monat/Jahr
- Ausstattungs-Pflege-Service ab
- Ausstattungs-Pflege-Service für bereits vorhandene Notfallausrüstungen ab
- Neuerwerb von Sauerstoffflasche mit Füllung und Armatur zum (Termin)

Angaben zum verantwortlichen Arzt/Übungsleiter für die Notfallausrüstung

Name: Vorname: Ort: PLZ:

Straße: Nr.:

Tel. (p) Fax (p) Mail:

Tel. (d) Fax (d) Mail (d)

Lieferanschrift (wenn abweichend)

Wir versichern hiermit, dass die Notfallausrüstung nur für die Belange der HG zum Einsatz kommt.

(Unterschrift/Stempel des Antragstellers)

Wir planen langfristig,-

- den Neuerwerb eines Notfallrucksack mit Füllung im Jahr
- die Teilnahme am Ausstattungs-Pflege-Service ab dem Jahr
- die Teilnahme am Ausstattungs-Pflege-Service für bereits vorhandene Notfallausrüstungen ab dem Jahr
- den Neuerwerb von Sauerstoffflasche mit Armatur im Jahr
- Antrag auf Förderung eines AED im Jahr

Wir werden die angebotenen Service-Leistungen für unsere HG nicht in Anspruch nehmen.

(Unterschrift/Stempel des Trägers)