

Wir helfen
hier und jetzt.



ASB Landesverband Hessen e.V.
Regionalverband Frankfurt am Main, Breitenausbildung

Anmeldung zum Sanitätsdienstlehrgang (SDL)*

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Volljährig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Erreichbarkeit der Erziehungsberechtigten	Mobil-Telefon: Festnetz-Telefon:

Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Wohnort	

Festnetz-Telefon	
Mobil-Telefon	
E-Mail Adresse	

Bestehende ASB-Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
ASB-Mitgliedsnummer		-----
Eintrittsdatum		-----
ASB-Regionalverband		-----
Aktives ASB-Mitglied	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tätigkeitsbereich im ASB		-----
Zuständiger Ansprechpartner		-----
Schulsanitäter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schule		-----

Teilnahme an einem Erste Hilfe Kurs	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kursdatum		-----
EH-Kurs innerhalb der letzten 24 Monate	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Teilnahmebescheinigung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

*) Bitte beachten Sie die Lehrgangsausschreibung (insbesondere den Anmeldeschluss).

Hiermit melde ich mich / mein Kind _____ verbindlich für den Sanitätsdienstlehrgang des Arbeiter-Samariter-Bundes Regionalverband Frankfurt am Main vom _____ bis zum _____ an. Die Kursgebühr in Höhe von 590,00 € (Vollzahler) / 390,00 € (aktive Mitglieder fremder ASB Regionalverbände) / 0,00 € (aktive Mitglieder des ASB Regionalverbands Frankfurt am Main) zahle ich selbst / übernimmt

Ort, Datum, Unterschrift: _____