

# Wir sorgen für die Ausbildung der bayerischen Feuerwehrleute.

Finanziert durch:

Bayerisches Staatsministerium des  
Innern, für Sport und Integration



In Kooperation mit:



Durchgeführt von:



## Anfrageformular für den Einsatz des Brandübungscontainers

im Landkreis/ der Stadt:

für einen 4-tägigen Termin  von Mittwoch bis Samstag **ODER**

für einen 5-tägigen Termin  von Montag bis Freitag **ODER**  von Dienstag bis Samstag

### Zuständiger Kreis-/Stadtbrandrat:

Name

Vorname:

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Tel:

Handy:

E-Mail:

Fax:

### Mit der weiteren Organisation beauftragte Person (Verantwortlicher) des Landkreises/der Kreisfreien Stadt (falls abweichend von KBR/SBR):

Funktion

Name

Vorname:

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Tel:

Handy:

E-Mail:

Fax:

### Anschrift Containerstellplatz (für Anfahrt mit Navigationsgerät):

Ortsbezeichnung

Straße, Nr.

PLZ, Ort

### Anschrift Schulungsgebäude (falls abweichend)

Ortsbezeichnung

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Es wird bestätigt, dass alle im Merkblatt genannten Voraussetzungen für Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung erfüllt sind bzw. werden.

Unterschrift des KBR/SBR

Unterschrift des Verantwortlichen (wenn benannt)

28.01.2019