

# Wir sorgen für die Ausbildung der bayerischen Feuerwehrleute.

Finanziert durch:

Bayerisches Staatsministerium des  
Innern, für Bau und Verkehr



In Kooperation mit:



Durchgeführt von:



## Anfrageformular für den Einsatz des Brandübungscontainers

### *im Landkreis/ der Stadt:*

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

### *Zuständiger Kreis-/Stadtbrandrat:*

Name  
Straße, Nr.  
Tel:  
E-Mail:

Vorname:  
PLZ, Ort  
Handy:  
Fax:

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

Funktion

Name  
Straße, Nr.  
Tel:  
E-Mail:

Vorname:  
PLZ, Ort  
Handy:  
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)

24.03.2015