

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Bildungsinstitut des DRK LV Rheinland-Pfalz, Bauerngasse 7, 55116 Mainz

Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung

z.Hd. Herr Reinhard

Reiterstr. 16

76829 Landau

_____ . _____ . _____
Datum

Zulassung zur Ergänzungsprüfung für Notfallsanitäter

Sehr geehrter Herr Reinhard,

hiermit beantrage ich,

Herr / Frau _____
Vorname Name

geb. _____ . _____ . _____ in _____
Geb.-Datum Geb.-Ort

wohnhaft in _____, _____
Adresse PLZ Ort

die Zulassung zur Ergänzungsprüfung zum Notfallsanitäter, welche im Zeitraum

vom _____ . _____ . _____ bis zum _____ . _____ . _____ am Bildungsinstitut des DRK

Landesverband Rheinland-Pfalz e.V stattfinden wird.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift (Vorname und Name)