

Ergänzungsblatt
Projekt Herzenswunsch-Hospizmobil

Name _____

Vorname _____

Geb.-Datum _____

Anschrift _____

E-Mail _____

Telefon _____

Medizinische Qualifikation _____

Medizinische Qualifikation _____

Bitte Kopie von Urkunden/Nachweise beifügen!

Sonstige Qualifikationen (z.B. Sprachen, etc.)

Ich bin Mitglied einer Hilfsorganisation

ja bei _____ nein

Vorhandene Einweisungen in Medizinprodukte Betreiberverordnung:

Gerät _____

Gerät _____

Gerät _____

Gerät _____

Bitte Nachweise beifügen!

Führerschein Klasse _____ vorhanden.

Bitte Kopie des Führerscheins beifügen.

**Stiftung Deutsches Rotes
Kreuz im Landkreis
Böblingen**

Herzenswunsch-Hospizmobil

Umberto-Nobile-Straße 10
71063 Sindelfingen
Tel. 07031 6904 444
Fax 07031 6904 459
herzenswunsch@drkbb.eu
www.drk-kv-boeblingen.de

Stiftungsvorsitzender

Ministerialdirektor a. D.
Michael Steindorfner

Regierungspräsidium Stuttgart

Stiftungsregister 14-0563

Steuer-Nr.

56002/37917

Bankverbindung

Kreissparkasse Böblingen
IBAN DE60 6035 0130 0000 0010 09
BIC BBKRDE6BXXX

**Die sieben Grundsätze
der Rotkreuz- und
Rothalbmondbewegung**

- Menschlichkeit
- Unparteilichkeit
- Neutralität
- Unabhängigkeit
- Freiwilligkeit
- Einheit
- Universalität