

Anlage 3 (für Anträge Krankentransportwagen)

Liste der Beschäftigten für den Prüfungszeitraum

Name	Vorname	Geburtsdatum	Gültigkeit der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung	Nummer der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung	ausstellende Behörde	Anzahl der Wochenarbeitsstunden	Krankenkasse	beschäftigt seit (von ...bis...):	Auftragsannahme (A), beschäftigt als Fahrer (F) und/oder Begleitperson (BP)	Nachweis der Qualifikation *

* Rettungsassistent (1), Rettungssanitäter (2), mind. 60 Stunden umfassende Sanitätsausbildung (3)

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben