

Medical Pool

BEDARFSMELDUNG

(Bearbeitungshinweis: Textfelder sequentiell mit der Tabulatortaste ansteuern)

NAME des Bundes-Fachverbandes

FAMILIENNAME (Veranstaltungsverantwortlicher im Bundes-Fachverband)	Telefon-Nummer (Verantwortlicher)

Veranstaltungsdetails

Veranstaltungsbezeichnung (Trainingslager, WC, EM,)	Veranstaltungsortlichkeit (Ort/STAAT)

vom	bis				
	Zeitraum	Anzahl Athleten	Allg. Klasse	Junioren	Jugend

Kooperationswunsch

FAMILIENNAME (Therapeut(in)/Masseur(in))	Vorname

Wurde der oa. Termin mit dem Wunschtherapeuten bereits vereinbart (JA oder NEIN)?

Durch elektronische Übermittlung einer Bedarfsmeldung durch den Bundes-Fachverband an den *Medical Pool* wird gleichzeitig die Kenntnis der einschlägigen Bestimmungen - insbesondere die umgehende Meldepflicht bei Terminveränderungen - bestätigt.

Antragstellung durch den Bundes-Fachverband
per E-Mail bei
a.aichner@imsb.at
oder per Fax an
02236/41-877