

	Tel.:	
	Fax:	
	Mobil	
	E-Mail	

Bitte vollständige Adressdaten des Mitgliedes (Organisation-Verein-Einzelmitgliedschaft-etc.) unserer AfbM angeben

An  
Aktion für behinderte Menschen Wa-Fkb. e.V.  
z. Hd. Herrn Walter Bangert  
Fröbelstraße 22  
**34497** Korbach

Dienstl. +49 (0) 56 31 / 955 14 25  
Fax: +49 (0) 56 31 / 955 747  
E-Mail-D Walter.Bangert@EWF.de;  
E-Mail-P Walter-Bangert@T-Online.de;  
Mobil +49 (0) 172 / 566 15 90

Sehr geehrter Herr Bangert,

zur Unterstützung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen bitten wir um Überlassung des vereinseigenen

- 9-Sitzer-Klein-Busses mit Rollstuhlrampe**  
Standort JUH Korbach – Im Alten Felde 8 – 0 56 31 /970 70 – Erreichbar - 08:00 – 16:00 Uhr
- 5-Sitzer-PKW´s mit Rollstuhlrampe**  
Standort JUH Frankenberg – Otto-Stoelcker-Str. 19 – 0 64 51 / 408 98 30 – Erreichbar - 08:00 – 16:00 Uhr

für den Zeitraum vom

bis

.....  
Datum der Abholung

.....  
Datum der Rückgabe

Die nachstehenden Informationen sind für die versicherungsrechtliche Absicherung und Vorbereitung der Fahrzeuge zwingend notwendig – bitte daher vollständig ausfüllen.

Vorgesehener Fahrzeugeinsatz – z.B. Freizeit .....  
Anzahl der im Rollstuhl zu befördernden Personen .....  
Zielort der Fahrt .....  
Voraussichtliche Kilometerleistung .....  
Fahrer\*in – Vorname – Name – Alter .....  
Fahrer\*in – Erreichbarkeit während Fahrt .....  
Der Eigenanteil der Fahrgäste reduziert sich durch die Nutzung des AfbM-Fahrzeug je Person um ..... Euro

Die auf der Homepage unserer AfbM veröffentlichten gültigen Nutzungsbedingungen sind uns bekannt und werden anerkannt. <https://www.aktion-fuer-behinderte-menschen-wa-fkb.de/der-afbm-kleinbus.html>

.....  
Ort & Datum

.....  
Rechtsverbindliche Unterschrift

**Rückmeldung / Entscheidung - wird vom Beauftragten der AfbM Wa-Fkb ausgefüllt**

- Die Fahrzeugausleihe kann für den gewünschten Zeitraum erfolgen  
Die Fahrzeugübernahme und dessen Rückgabe bitten wir direkt mit der JUH abzusprechen
- Die Fahrzeugausleihe kann wegen anderer Zusagen nicht erfolgen

.....  
Ort & Datum

.....  
Unterschrift – AfbM-Beauftragter