



**Rollstuhl-Fahrdienst Anfrage**

bitte an [fahrdienst.wi@ifb-stiftung.de](mailto:fahrdienst.wi@ifb-stiftung.de) schicken

Start \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Ziel \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Rückfahrt ☐ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Fahrgast Name und Telefonnr.: \_\_\_\_\_

Alternativer Ansprechpartner Name und Telefonnr. (optional): \_\_\_\_\_

Kostenübernahme ☐ LWV ☐ DRV ☐ Selbstzahler

☐ Sonstiges (EVIM, Vereine etc.) \_\_\_\_\_

Bei Selbstzahler oder Sonstiges bitte Rechnungsadresse: \_\_\_\_\_

Parkerleichterung für schwerbehinderte Menschen (blauer Parkausweis) vorhanden ☐

Besonderheiten/Anmerkungen (Gepäck, spezieller Rollstuhl, Anzahl weiterer Mitfahrer?...)