



Rollstuhl-Fahrdienst Anfrage

bitte an 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?...)