Betreff:

Organisation: **Ort:** **Erreichbarkeit:**

Verantwortlicher: Dienstgrad:

Datum: **Uhrzeit:** **Einsatzort / Übungsort:**

Einsatzschlagwort:

Beschreibung:

Beteiligte Einsatzkräfte	**Funkrufnamen**	**Alarmzeit**	**Fünftonfolge**	**Alarmweg: Sirene / FME / Funk**

Zusatzbemerkung:

Sondergruppe **exklusiv** benötigt: ☐ Anzahl: Dauer von: bis:

Geplante Sondergruppe **(durch ILS auszufüllen)**: **SoG**

Allgemeine Nutzung bei Sanitätsdienst **(BR_LA):** ☐ Mehrere andere Teilnehmer möglich!!

ILS wird benötigt für: Übungsalarmierung: ☐ Übungsabruf: ☐ Übungsbegleitung: ☐

Eine Übungsbegleitung ist vom Einsatzaufkommen in der ILS abhängig. Entscheidung in Absprache mit dem diensthabenden Schichtführer und dem Übungsverantwortlichen!

Übungsanmeldung bitte **mindestens drei Tage** vor Beginn an die unten aufgeführte Erreichbarkeit senden.

Email: ils-ez@zrf-landshut.bayern ■ **Tel.: 08703 / 9055 7000**
(Schichtführer verlangen!)