

DATOS ENTIDAD SOLICITANTE
FECHA DE SOLICITUD:

Nombre y apellidos:

Razón social:

DATOS ENTIDAD PAGADORA

Razón social:

CIF/NIF:

Dirección:

Población:

Provincia:

CP:

Teléfono:

E-mail:

RECURSOS SOLICITADOS
UNIDADES

Técnico en emergencia sanitarias (TES)*

Enfermero (DUE)*

Médico*

Ambulancia NO asistencial (Tipo A1)

Ambulancia colectiva (Tipo A2)

Ambulancia SOPORTE VITAL BÁSICO SVB (Tipo B)

Ambulancia SOPORTE VITAL AVANZADO SVA (Tipo C)

Hospital de campaña

Quirófano móvil

S.A.M.U. Bike

Vehículo de Intervención Rápida (V.I.R.)

Moto sanitaria

Quad sanitaria

Buggy sanitario

*Las casillas de ambulancias y otros vehículos no incluyen personal. Marcar todo el personal requerido.

DATOS DEL EVENTO

Nombre evento:

Ubicación exacta:

Persona de contacto:

Teléfono:

Asistentes:

 Certificado de asistencia: sí no

Forma de pago:

HORARIO DEL SERVICIO IN SITU			HORARIO DEL EVENTO	
FECHA	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA INICIO	HORA FIN

Total horas servicio:

*En caso de necesitar más horarios puede adjuntar una hoja anexa.

*Importante poner el horario de inicio y fin del servicio. Esto indicará la hora que el equipo preventivo permanecerá en el evento.

OBSERVACIONES: