Cruz Roja

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE DISPOSITIVO DE RIESGO PREVISIBLE

Fecha de solicitud:	

1. DATOS SOLICITANTE

Nombre y apellidos	
Cargo/función	
D.N.I./N.I.F	
Entidad organizadora	
C.I.F.	
Domicilio social (Calle o Plaza)	
Población	
Provincia	
Código Postal	
Teléfono	
Correo electrónico	
Promotor del acto	
Autoridad competente de referencia	

2. ACTO PARA EL QUE SE SOLICITA LA COBERTURA PREVENTIVA

Nombre comercial del acto	
Breve descripción del acto	
Lugar de celebración (calle, plaza...)	
Población	
Provincia	
Persona de contacto (en el evento)	
Teléfono móvil persona de contacto	
Email persona de contacto	
Fecha de comienzo	
Hora de comienzo	
Fecha de finalización	
Hora de finalización	
Observaciones:	
Cantidad prevista de público	
Cantidad prevista de participantes	

¿Precisa Asesoramiento al respecto?	**SI**	**NO**

3. RECURSOS DE CRUZ ROJA ESPAÑOLA

Ambulancias Tipo B – Soporte Vital Básico	
Ambulancias Tipo C – Soporte Vital Avanzado	
Embarcaciones Nivel C	
Vehículo de Primeros Auxilios (PAPS)	
Carpa Puesto Sanitario	
Patinetes / Bicicletas de Primeros Auxilios	
Equipo Socorristas	
Equipo Facultativo (medicina / enfermería)	

Enviar esta solicitud a preventivos.salamanca@cruzroja.es