



OSTALBKREIS

Firma: _____

Geschäftsführer/in: _____

Betriebssitzstraße: _____

Betriebssitzort: _____

Fahrpersonal

Name	Vorname	Straße/ Hausnummer	PLZ/Wohnort	Geburtsdatum	Gültigkeit Personen- beförderungsschein	Krankenkasse

Bitte speichern Sie das ausgefüllte Formular lokal ab. Sollten Sie weitere Zeilen benötigen, einfach das heruntergeladene Formular kopieren, unter einem anderen Namen abspeichern und erneut ausfüllen. Alle ausgefüllten Formulare sind in der Portalübersicht unter „Anlagen hochladen“ hochzuladen und mit der Eingabe weiterer Daten in der Antragsstrecke fortzufahren.