

Abrechnungsformular

für die Aus- und Fortbildung von betrieblichen Ersthelfenden

Ausbildung

Fortbildung

Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Name des Mitgliedsbetriebes

Straße/Hausnummer

PLZ

Ort

Zuständiger Unfallversicherungsträger
(Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)

Mitgliedsnummer/Versicherungsnummer

Teilnahmeliste

Die Teilnahmeliste ist vom Unternehmen auszufüllen.

Die Teilnahme ist von den Teilnehmenden am Tag des Kurses durch Unterschrift zu bestätigen.

Bestätigung
durch die Aus-
bildungsstelle

	Name, Vorname	Betriebsteil	Unterschrift	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Bestätigung durch das Unternehmen

Ansprechperson im Unternehmen

Name, Vorname:

Tel.:

E-Mail:

Stempel, Unterschrift

Ort, Datum

Bestätigung durch die Ausbildungsstelle

Abrechenbare Teilnehmerzahl auf diesem Formular:

Datum des Lehrgangs:

Kennziffer der Ausbildungsstelle:

Name der Lehrkraft:

Registriernummer des Lehrgangs:

Ort des Lehrgangs:

Anschrift

Ort, Datum

Unterschrift der Ausbildungsstelle

Die personenbezogenen Daten werden aufgrund des Art. 6 Abs. 1 lit. c und e DSGVO, § 199 Abs. 1 Nr. 5 i.V.m. § 23 SGB VII durch den Unfallversicherungsträger verarbeitet.