

Abrechnungsbildungsformular

für die Aus- und Fortbildung von betrieblichen Ersthelfenden

- Ausbildung Fortbildung
 Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

| | |
|------------------------------|--|
| Name des Mitgliedsbetriebes | Zuständiger Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaft, Unfallkasse) |
| Straße / Hausnummer | Unternehmensnummer (UNR.S, 15 Ziffern) |
| PLZ Ort | |

| Teilnahmeliste | | | Bestätigung durch die Ausbildungsstelle |
|--|---------------|------------|---|
| Die Teilnahmeliste ist vom Unternehmen auszufüllen. Die Teilnahme ist von den Teilnehmenden am Tag des Kurses durch Unterschrift zu bestätigen. | | | |
| | Name, Vorname | Geburtstag | Unterschrift |
| 1 | | | <input type="checkbox"/> |
| 2 | | | <input type="checkbox"/> |
| 3 | | | <input type="checkbox"/> |
| 4 | | | <input type="checkbox"/> |
| 5 | | | <input type="checkbox"/> |
| 6 | | | <input type="checkbox"/> |
| 7 | | | <input type="checkbox"/> |
| 8 | | | <input type="checkbox"/> |
| 9 | | | <input type="checkbox"/> |
| 10 | | | <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|---|
| 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 |
| Ort, Datum | Anschrift, Unterschrift der Ausbildungsstelle |