

# 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	

<b>Teilnehmerliste</b>			Bestätigung durch die Ausbildungsstelle
Die Teilnehmerliste ist vom Unternehmen auszufüllen. Die Teilnahme ist von den Teilnehmenden am Tag des Kurses durch Unterschrift zu bestätigen.			
	Name, Vorname	Geburts-tag	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"/>

<b>Bestätigung durch das Unternehmen</b>	
Ansprechperson im Unternehmen Name, Vorname: Tel.: E-Mail:	Stempel, Unterschrift   Ort, Datum

<b>Bestätigung durch die Ausbildungsstelle</b>	
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

Version 01/2023