Verfahrenshinweis: Durch organisatorische Maßnahmen ist zu gewährleisten, dass bei der Unterzeichnung nur die eigenen Personendaten eingesehen werden können. Nutzen Sie bitte die elektronische Formularfunktion dieses Dokuments. Ansonsten füllen Sie es mit einem schwarzen oder dunkelblauen Stift aus.

Abrechnungsformular

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

Die Teilnahmeliste ist vom Unternehmen auszufüllen.
Die Teilnahme ist von den Teilnehmenden am Tag des Kurses durch Unterschrift zu bestätigen.

	Name, Vorname	Geburtstag	Unterschrift	Bestätigung durch die Ausbildungsstelle
1				☐
2				☐
3				☐
4				☐
5				☐
6				☐
7				☐
8				☐
9				☐
10				☐

Bestätigung durch das Unternehmen

Ansprechperson im Unternehmen	Stempel, Unterschrift
Name, Vorname:	
Tel.:	
E-Mail:	Ort, Datum

Bestätigung durch die Ausbildungsstelle

Abrechenbare Teilnehmerzahl auf diesem Formular	Datum des Lehrgangs Do, 19.03.2026
Kennziffer der Ausbildungsstelle 3.0218	Name der Lehrkraft
Registriernummer des Lehrgangs	Ort des Lehrgangs Michael-Weingartner-Str. 9
Ort, Datum	Anschrift, Unterschrift der Ausbildungsstelle Bayerisches Rotes Kreuz Kreisverband Pfaffenhofen/Ilm Michael-Weingartner-Str. 9 85276 Pfaffenhofen

Version 01/2023

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.