

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.		Bestätigung durch die Ausbildungsstelle
	Name, Vorname	Geburtstag	Unterschrift	
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 Mo, 01.02.2027
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