

Abrechnungsbildungsformular

für die Aus- und Fortbildung
von betrieblichen Ersthelfenden

Ausbildung Fortbildung

Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

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

| Teilnehmerliste | | | 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 X | Geburtsdatum X | Unterschrift X |
| 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: X Tel.: X E-Mail: X | Stempel, Unterschrift X Ort, Datum |

| Bestätigung durch die Ausbildungsstelle | |
|---|---|
| Abrechenbare Teilnehmerzahl auf diesem Formular | Datum des Lehrgangs X |
| Kennziffer der Ausbildungsstelle | Name der Lehrkraft X |
| Registriernummer des Lehrgangs X | Ort des Lehrgangs X |
| Ort, Datum | Anschrift, Unterschrift der Ausbildungsstelle |