

Abrechnungsformular

für die Aus- und Fortbildung von betrieblichen Ersthelfenden

- Ausbildung
 Fortbildung
 Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Name des Mitgliedsbetriebes

Zuständiger Unfallversicherungsträger:
(Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)

Unternehmensnummer (UNR.S, 15 Ziffern)

Teilnahmeliste			Bestätigung
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			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

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

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