

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	Betriebsstättennummer
PLZ Ort	

Teilnahmeliste				Bestätigung durch die Aus- bildungsstelle
Die Teilnahmeliste ist vom Unternehmen auszufüllen. Die Teilnahme ist von den Teilnehmenden am Tag des Kurses durch Unterschrift zu bestätigen.				
	Name, Vorname	Betriebsteil	Unterschrift	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

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

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

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.