

# Abrechnungsbildungsformular

für die Aus- und Fortbildung  
von betrieblichen Ersthelfenden

- Ausbildung  Fortbildung  
 Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Name des Mitgliedsbetriebes  Straße / Hausnummer  PLZ                      Ort	Zuständiger Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)  Mitgliedsnummer / Versicherungsnummer
--	---

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	Geburtsdatum	Unterschrift	
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:  Tel.:  E-Mail:	Stempel, Unterschrift    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
Ort, Datum	Anschrift, Unterschrift der Ausbildungsstelle