

Abrechnungsbildungsformular

für die Aus- und Fortbildung
von betrieblichen Ersthelfenden

- Ausbildung Fortbildung
 Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Name des Mitgliedsbetriebes	Zuständiger Unfallversicherungsträger:
Straße / Hausnummer	Unternehmensnummer (UNR.S, 15 Ziffern):
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	Tätigkeit	Geburtstag	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	Stempel, Unterschrift
Name, Vorname:	
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
Ort, Datum	Anschrift, Unterschrift der Ausbildungsstelle