Verfahrenshinweis: Durch organisatorische Maßnahmen ist zu gewährleisten, dass bei der Unterzeichnung nur die eigenen Personendaten eingesehen werden können. Nutzen Sie bitte die elektronische Formularfunktion dieses Dokuments. Ansonsten füllen Sie es mit einem schwarzen oder dunkelblauen Stift aus.

☐ Ausbildung ☐ Fortbildung

Abrechnungsformular für die Aus- und Fortbildung

von	betrieblichen Ersthelfenden		Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen		
Name des Mitgliedsbetriebes			Zuständiger Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)		
Straße / Hausnummer			Mitgliedsnummer / Versicherungsnummer		
PLZ Ort			witgiledshummer / versicherdingshummer		
Teilnahmeliste Die Teilnahmeliste ist vom Unternehmen auszufülle Die Teilnahme ist von den Teilnehmenden am Tag					
	Name, Vorname	Geburtstag		Unterschrift	Ausbilduligsstelle
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
Bestätigung durch das Unternehmen					
Ansprechperson im Unternehmen			Stempel, Unterschrift		
Nam	e, 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		