

# Abrechnungsformular

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

<b>Teilnehmerliste</b>			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	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 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