

Abrechnungsbogen

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	Original-Unterschrift Teilnehmer
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		(keine Kopien, e-mails, i.A., i.V.)
Ansprechperson im Unternehmen Name, Vorname: Tel.: E-Mail:	Stempel, Original-Unterschrift des Unternehmens 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

Version 07/2021