

Ausfüllanleitung

Bitte beachten Sie, dass einige Unfallversicherungsträger ein eigenes Formular vorschreiben. Informieren Sie sich dafür bei der für Ihr Unternehmen zuständigen Berufsgenossenschaft / Unfallkasse.

Für eine korrekte Abrechnung mit ihrem Unfallversicherungsträger ist dieses Formular:
am Seminartag - im Original - vollständig ausgefüllt
dem Trainer / der Trainerin auszuhandigen.

Dieses Formular wird maschinell verarbeitet und gespeichert!

Nutzen Sie bitte die elektronische Formularfunktion dieses Dokuments. Ansonsten füllen Sie es mit einem schwarzen oder dunkelblauen Stift aus. Vielen Dank!

Anmeldeformular

Aus- und Fortbildung für betriebliche Ersthelfer

Anschrift des Mitgliedsbetriebes

Name / Firmierung des Unternehmens

Strasse Hausnr.

Strasse und Hausnummer des Unternehmens

PLZ Ort

Postleitzahl und Ort des Unternehmens

Diesen Bereich bitte nicht ausfüllen

Zuständiger Unfallversicherungsträger:
(Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)

Zuständige Berufsgenossenschaft für das Unternehmen

Mitgliedsnummer / Versicherungsnummer:

Mitgliedsnummer des Unternehmens bei der BG

Teilnehmerliste

Die Teilnehmerliste ist vom Unternehmen auszufüllen.

Die Teilnahme ist von den Teilnehmenden am Tag des Kurses durch Unterschrift zu bestätigen.

Bestätigung
durch die
Ausbildungsstelle

| Name, Vorname | Geburtsdatum | Unterschrift | |
|---|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| 1 Name und Vorname des Teilnehmers (in Druckbuchstaben) | Geburtsdatum des Teilnehmers | Unterschrift des Teilnehmers | Diesen Bereich bitte nicht ausfüllen |
| 2 | . . | | |
| 3 | . . | | |
| 4 | . . | | |
| 5 | . . | | |
| 6 | . . | | |
| 7 | . . | | |
| 8 | . . | | |
| 9 | . . | | |
| 10 | . . | | |

Bestätigung durch das Unternehmen

Ansprechpartner im Unternehmen

Stempel, Unterschrift des Unternehmens

Tragen Sie hier ein:

- Name und Vorname,
- Telefonnummer
- Email

Stempel des Unternehmens

Unterschrift des/der Verantwortlichen

Bestätigung durch die Ausbildungsstelle

Diesen Bereich bitte nicht ausfüllen