

Abrechnungsformular

für die Aus- und Fortbildung von betrieblichen Ersthelfenden

Ausbildung Fortbildung Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Name des Mitgliedsbetriebes	Zuständiger Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)
Straße/Hausnummer	Betriebsstättennummer
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	Betriebsteil	Unterschrift
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

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

Die personenbezogenen Daten werden aufgrund des Art. 6 Abs. 1 lit. c und e DSGVO, § 199 Abs. 1 Nr. 5 i.V.m. § 23 SGB VII durch den Unfallversicherungsträger verarbeitet.