

# Abrechnungsbildungsformular

für die Aus- und Fortbildung  
von betrieblichen Ersthelfenden

- Ausbildung  Fortbildung  
 Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Name des Mitgliedsbetriebes  | Zuständiger Unfallversicherungsträger<br>(Berufsgenossenschaft, Unfallkasse) |
| Straße / Hausnummer          | Unternehmensnummer (UNR.S, 15 Ziffern)                                       |
| PLZ                      Ort |  |

| <b>Teilnahmeliste</b>  |               |            | Bestätigung<br>durch die<br>Ausbildungsstelle |                          |
|--|---------------|------------|---|--------------------------|
| Die Teilnahmeliste ist vom Unternehmen auszufüllen.<br>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"/> |

| <b>Bestätigung durch das Unternehmen</b>                            |   |
|---|---|
| Ansprechperson im Unternehmen<br>Name, Vorname:<br>Tel.:<br>E-Mail: | Stempel, Unterschrift<br><br><br>Ort, Datum |

| <b>Bestätigung durch die Ausbildungsstelle</b>  |   |
|---|---|
| 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 |