Verfahrenshinweis: Durch organisatorische Maßnahmen ist zu gewährleisten, dass bei der Unterzeichnung nur die eigenen Personendaten eingesehen werden können. Nutzen Sie bitte die elektronische Formularfunktion dieses Dokuments. Ansonsten füllen Sie es mit einem schwarzen oder dunkelblauen Stift aus.

|  |
| --- |
| **Abrechnungsformular****für die Aus- und Fortbildung****von betrieblichen Ersthelfenden** |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Ausbildung | [ ]  Fortbildung |
| [ ]  Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen  |

|  |
| --- |
| Zuständiger Unfallversicherungsträger(Berufsgenossenschaft, Unfallkasse) |
|  |
| Mitgliedsnummer / Versicherungsnummer |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Name des Mitgliedsbetriebes |
|  |
|  |
| Straße / Hausnummer |
|  |  |
| PLZ | Ort |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Teilnahmeliste** | Die Teilnahmeliste ist vom Unternehmen auszufüllen.Die Teilnahme ist von den Teilnehmenden am Tag des Kurses durch Unterschrift zu bestätigen. | Bestätigung durch die Ausbildungsstelle |
|  | Name, Vorname Geburtstag Unterschrift |
| 1 |  |  |  | [ ]  |
| 2 |  |  |  | [ ]  |
| 3 |  |  |  | [ ]  |
| 4 |  |  |  | [ ]  |
| 5 |  |  |  | [ ]  |
| 6 |  |  |  | [ ]  |
| 7 |  |  |  | [ ]  |
| 8 |  |  |  | [ ]  |
| 9 |  |  |  | [ ]  |
| 10 |  |  |  | [ ]  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bestätigung durch das Unternehmen** |  |
| Ansprechperson im UnternehmenName, Vorname:Tel.: E-Mail:  | Stempel, UnterschriftOrt, Datum |

Version 07/2021

|  |
| --- |
| **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  |
|  |  |