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

Name des Mitglieds betriebes	Zuständiger Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)
Straße / Hausnummer	Mitgliedsnummer / Versicherungsnummer
PLZ Ort	

Name und Anschrift Ihres Betriebes, BG, Mitgliedsnummer

Teilnahmeliste

Die Teilnahmeliste ist vom Unternehmen auszufüllen.
Die Teilnahme ist von den Teilnehmenden am Tag des Kurses durch Unterschrift zu bestätigen.

	Name, Vorname	Geburtstag	Unterschrift	Bestätigung durch die Ausbildungsstelle
1				☐
2				☐
3				☐
4				☐
5				☐
6				☐
7				☐
8				☐
9				☐
10				☐

Name, Vorname Geburtsdatum und Unterschrift der / des Teilnehmer(s)

Bestätigung durch das Unternehmen

Ansprechperson im Unternehmen	Stempel, Unterschrift
Name, Vorname:	
Tel.:	
E-Mail:	
	Ort, Datum

Ansprechpartner Eckdaten, Anschrift und Stempel Ihres Unternehmens

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

Wird von uns ausgefüllt!

Version 07/2021

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.

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

Name des Mitgliedsbetriebes	Zuständiger Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)
Straße / Hausnummer	Mitgliedsnummer / Versicherungsnummer
PLZ Ort	

Teilnahmeliste

Die Teilnahmeliste ist vom Unternehmen auszufüllen.
Die Teilnahme ist von den Teilnehmenden am Tag des Kurses durch Unterschrift zu bestätigen.

	Name, Vorname	Geburtstag	Unterschrift	Bestätigung durch die Ausbildungsstelle
1				☐
2				☐
3				☐
4				☐
5				☐
6				☐
7				☐
8				☐
9				☐
10				☐

Bestätigung durch das Unternehmen

Ansprechperson im Unternehmen	Stempel, Unterschrift
Name, Vorname:	
Tel.:	
E-Mail:	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

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.