

Kursbuchung

Hiermit buchen wir verbindlich unter Anerkennung Ihrer AGB insbesondere zu Punkt 2.2 nachfolgend markierten Kurs gemäß Angebot Nr.: _____

GEWÜNSCHTE KURSART:

- Betrieblicher Ersthelfer** 9 UE
- Erste Hilfe Bildungs- und Betreuungseinrichtungen für Kinder** 9 UE
- Brandschutzunterweisung** 4 UE: mit richtigem Feuer virtueller Firetrainer* beides (gegen Aufpreis)
- Kombikurs Brandschutz/Ersthelfer** 12 UE: mit richtigem Feuer virtueller Firetrainer*
- Evakuierungshelfer** 4 UE
- Notfalltraining Pflegedienste/Arztpraxen**
- sonstige Schulungen / Termine _____

Datum des Kurses: _____ gewünschte Kurszeiten: _____ - _____ Uhr

Verbindliche Anzahl der Teilnehmer: _____

HINWEIS: Sie erhalten eine gesonderte Kurs- und Terminbestätigung.

VORAUSSETZUNGEN FÜR INHOUSE-LEHRGÄNGE BEI IHNEN VOR ORT:

Wir bringen unsere umfangreichen Arbeits- und Übungsmaterialien mit. Deshalb benötigen unsere Lehrkräfte im Optimalfall einen Parkplatz in unmittelbarer Nähe des Schulungsortes.

PARKPLATZ VORHANDEN: JA NEIN

Für den praktischen Teil unserer Brandschutzshelfer Lehrgänge ist ein Platz von der Größe 8m×8m unter freiem Himmel notwendig. Das Hantieren mit offenem Feuer muss zudem möglich und erlaubt sein. Für etwaige Genehmigungen und Umsetzbarkeit ist ausschließlich der Kunde zuständig.

ÜBUNGSFLÄCHE VORHANDEN: JA NEIN

** Wenn keine Übungsfläche vorhanden ist, ist eine Schulung mit praktischen Löschübungen, mittels unseres virtuellen Firetrainer möglich.*

Sollten die oben genannten Vorgaben nicht gegeben sein, behalten wir uns vor, die Lehrgänge bei voller Rechnungsstellung ggf. abzukürzen, abzuändern oder gänzlich abzusagen. Mit Unterschrift dieses Kursbuchungsformulars erklären Sie sich mit diesen Voraussetzungen und unseren AGB einverstanden.

Bitte per Mail an: vertrieb@praevenicio.de

Ihre Daten

SEMINARADRESSE

Firma / Verein

Tel

Anschrift / Hausnummer

E-Mail

PLZ / Ort

Ansprechpartner vor Ort

KOSTENTRÄGER / VERANTWORTLICHER DER BUCHUNG

Name/ Vorname

Firma / Verein

Anschrift / Hausnummer

Tel

PLZ / Ort

bei Firmen ggf. Berufsgenossenschaft zur Abrechnung

Datum

Stempel / Unterschrift

Bitte per Mail an: vertrieb@praevecio.de

Abrechnungsbogen

für die Aus- und Fortbildung
von betrieblichen Ersthelfenden

- Ausbildung Fortbildung
 Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Name des Mitgliedsbetriebes <input checked="" type="checkbox"/> Straße / Hausnummer PLZ <input checked="" type="checkbox"/> Ort <input checked="" type="checkbox"/>	Zuständiger Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaft, Unfallkasse) <input checked="" type="checkbox"/> Mitgliedsnummer / Versicherungsnummer <input checked="" type="checkbox"/>
--	---

**Name und Anschrift
Ihres Betriebes,
BG, Mitgliedsnummer**

Teilnahmeliste			Bestätigung durch die Ausbildungsstelle
Name, Vorname	Geburtstag	Unterschrift	
1 <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<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"/>

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

Bestätigung durch das Unternehmen	
Ansprechperson im Unternehmen Name, Vorname: <input checked="" type="checkbox"/> Tel.: <input checked="" type="checkbox"/> E-Mail: <input checked="" type="checkbox"/>	Stempel, Unterschrift <input checked="" type="checkbox"/> Ort, Datum <input checked="" type="checkbox"/>

**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!**

Abrechnungsbildungsformular

für die Aus- und Fortbildung
von betrieblichen Ersthelfenden

Ausbildung Fortbildung

Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Name des Mitgliedsbetriebes	
Straße / Hausnummer	
PLZ	Ort

Zuständiger Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)
Mitgliedsnummer / Versicherungsnummer

Teilnahmeliste			Bestätigung durch die Ausbildungsstelle	
Die Teilnahmeliste ist vom Unternehmen auszufüllen. 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"/>

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