

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 8.0358 | Name der Lehrkraft |
| Registriernummer des Lehrgangs | Ort des Lehrgangs |
| Ort, Datum | Anschrift, Unterschrift der Ausbildungsstelle Sanitätsschule Medicus e.K. Zellescher Weg 9 01069 Dresden Tel. 0351-323277810 |