

# Abrechnungsbildungsformular

für die Aus- und Fortbildung  
von betrieblichen Ersthelfenden

- ☐ Ausbildung
- ☐ Fortbildung
- ☐ Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Name des Mitgliedsbetriebes

Straße / Hausnummer

PLZOrt

Zuständiger Unfallversicherungsträger  
(Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)

Unternehmensnummer (UNR.S, 15 Ziffern)

| Teilnahmeliste                                                                                                                                     |               |            |              | 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"/>                      |

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