

Abrechnungsformular

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)

Unternehmensnummer (UNR.S, 15 Ziffern)

Teilnehmerliste			Bestätigung durch die Ausbildungsstelle
	Name, Vorname	Geburtstag	
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	Stempel, Unterschrift
Name, Vorname:	
Tel.:	
E-Mail:	
	Ort, Datum

Bestätigung durch die Ausbildungsstelle	
Abrechenbare Teilnehmerzahl auf diesem Formular	Datum des Lehrgangs
Kennziffer der Ausbildungsstelle 8.0758	Name der Lehrkraft
Registriernummer des Lehrgangs	Ort des Lehrgangs
Ort, Datum	Anschrift, Unterschrift der Ausbildungsstelle
	<p style="text-align: center;">DPSmedic Mittelbauer 4a 28865 Lilienthal</p>