

# 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 <b>8.1125</b>	Name der Lehrkraft
Registriernummer des Lehrgangs	Ort des Lehrgangs
Ort, Datum          <b>Hamburg,</b>	Anschrift, Unterschrift der Ausbildungsstelle  <div style="text-align: center;">  <p><b>Deutsche Notfallschule</b>  <b>Firemed GmbH</b>                      Neue Straße 17                      21073 Hamburg                      040 / 32 50 66 90  <a href="http://www.deutsche-notfallschule.de">www.deutsche-notfallschule.de</a></p> </div>

Version 07/2021