

Abrechnungsformular

für die Aus- und Fortbildung
von betrieblichen Ersthelfenden

Ausbildung Fortbildung

Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Name des Mitgliedsbetriebes
01
Straße / Hausnummer
PLZ Ort

Zuständiger Unfallversicherungsträger
(Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)
02
Unternehmensnummer (UNR.S, 15 Ziffern)
03

	04 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			05	<input type="checkbox"/>
2				<input type="checkbox"/>
3		06		<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.: 07 E-Mail:	Stempel, Unterschrift 08 09 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

HINWEISE ZUM ABRECHNUNGSFORMULAR

für die Aus- und Fortbildung von betrieblichen Ersthelfern

Wenn das Abrechnungsförmular korrekt und vollständig ausgefüllt ist, wir es nicht wieder zurückgesendet. Dies erspart unnötigen Aufwand. Daher möchten wir Sie bitten, auf folgende Hinweise beim Ausfüllen des Abrechnungsförmulares zu achten.

Wurde an alles gedacht?

Bitte alle einzelnen Schritte abhaken, sofern erledigt

- | | | | | | |
|----|--|--------------------------|----|--|--------------------------|
| 01 | Firmenname angegeben? | <input type="checkbox"/> | 06 | Formular muss im Original vorliegen | <input type="checkbox"/> |
| 02 | Unfallversicherungsträger angegeben? | <input type="checkbox"/> | 07 | Ansprechpartner angegeben? | <input type="checkbox"/> |
| 03 | Unternehmensnummer angegeben? | <input type="checkbox"/> | 08 | Firmenstempel gesetzt? | <input type="checkbox"/> |
| 04 | Alle Teilnehmer vollständig angegeben? | <input type="checkbox"/> | 09 | Unterschrift gesetzt? | <input type="checkbox"/> |
| 05 | Haben alle Teilnehmer unterschrieben? | <input type="checkbox"/> | | | |