

# Abrechnungsformular

für die Aus- und Fortbildung von betrieblichen Ersthelfenden

Ausbildung      Fortbildung      Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Name des Mitgliedsbetriebes	Zuständiger Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)
Straße/Hausnummer	Mitgliedsnummer/Versicherungsnummer
PLZ                      Ort	

<b>Teilnahmeliste</b>			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	Betriebsteil	Unterschrift
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

<b>Bestätigung durch das Unternehmen</b>	
Ansprechperson im Unternehmen Name, Vorname: ..... Tel.: ..... E-Mail: .....	Stempel, Unterschrift   Ort, Datum

<b>Bestätigung durch die Ausbildungsstelle</b>	
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

Die personenbezogenen Daten werden aufgrund des Art. 6 Abs. 1 lit. c und e DSGVO, § 199 Abs. 1 Nr. 5 i.V.m. § 23 SGB VII durch den Unfallversicherungsträger verarbeitet.