

# Abrechnungsformular

für die Aus- und Fortbildung  
von betrieblichen Ersthelfenden

**Bitte nicht ankreuzen!**

Name des Mitgliedsbetriebes

**Name und Firmierung des Unternehmens**

Straße / Hausnummer

**Firmenadresse**

PLZ                      Ort

**PLZ und Ort des Unternehmens**

Zuständiger Unfallversicherungsträger  
(Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)

**Abkürzung Ihrer zuständigen BG**

Unternehmensnummer (UNR.S, 15 Ziffern)

**Die Nummer erhalten Sie von Ihrer BG**

<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	Geburtstag	Unterschrift	
1	...des Teilnehmers in Druckbuchstaben	...des Teilnehmers	...des Teilnehmers	
2				
3	<p>Bitte informieren Sie sich VOR Kursbeginn bei Ihrer zuständigen Berufsgenossenschaft über die Anzahl der Mitarbeiter, dessen Lehrgangskosten übernommen werden!</p> 			<b>Bitte nicht ankreuzen!</b>
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

**Bestätigung durch das Unternehmen**

Ansprechperson im Unternehmen Name, Vorname: ...der Ansprechperson im Unternehmen für die BG Tel.: E-Mail:	Stempel, Unterschrift Stempel (falls vorhanden), Ort, Datum, Unterschrift der Ansprechperson im Unternehmen Ort, Datum
---	--

**Bestätigung durch die Ausbildungsstelle**

Bitte nicht ausfüllen!