

# Abrechnungsformular

für die Aus- und Fortbildung von betrieblichen Ersthelfenden

Ausbildung      Fortbildung      Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Name des Mitgliedsbetriebes  | Zuständiger Unfallversicherungsträger<br>(Berufsgenossenschaft, Unfallkasse) |
| Straße/Hausnummer            | Mitgliedsnummer/Versicherungsnummer  |
| PLZ                      Ort |  |

| <b>Teilnahmeliste</b>  |               |              | Bestätigung durch die Ausbildungsstelle |
|--|---------------|--------------|---|
| Die Teilnahmeliste ist vom Unternehmen auszufüllen.<br>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<br>Name, Vorname:<br>.....<br>Tel.:<br>.....<br>E-Mail:<br>..... | Stempel, Unterschrift<br><br><br>Ort, Datum |

| <b>Bestätigung durch die Ausbildungsstelle</b>            |   |
|---|---|
| Abrechenbare Teilnehmerzahl auf diesem Formular:<br>..... | Datum des Lehrgangs:<br>.....                           |
| Kennziffer der Ausbildungsstelle:<br>.....                | Name der Lehrkraft:<br>.....                            |
| Registriernummer des Lehrgangs:<br>.....                  | Ort des Lehrgangs:<br>.....                             |
| Ort, Datum  | Anschrift<br><br><br>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.