

# Abrechnungsbildungsformular

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 |  |

| Teilnahmeliste   |               |            | Bestätigung<br>durch die<br>Ausbildungsstelle |
|--|---------------|------------|---|
| Die Teilnahmeliste ist vom Unternehmen auszufüllen.<br>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"/>                      |

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

|   |  |
|---|--|
| <b>Bestätigung durch die Ausbildungsstelle</b>    |  |
| Abrechenbare Teilnehmerzahl auf diesem Formular   | Datum des Lehrgangs  |
| Kennziffer der Ausbildungsstelle<br><b>8.0209</b> | Name der Lehrkraft   |
| Registriernummer des Lehrgangs                    | Ort des Lehrgangs  |
| Ort, Datum  | Anschrift, Unterschrift der Ausbildungsstelle<br><b>tronomed GmbH &amp; Co. KG</b><br><b>Neckarstraße 7</b><br><b>38120 Braunschweig</b> |
| <b>Braunschweig,</b>                              |  |