

Abrechnungsbildschirm

für die Aus- und Fortbildung
von betrieblichen Ersthelfenden

Bitte gewünschten Kurs
am Bildschirm markieren!

- Ausbildung Fortbildung
 Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Name des Mitgliedsbetriebes Straße / Hausnummer PLZ Ort	Zuständiger Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaft, Unfallkasse) Unternehmensnummer (UNR.S, 15 Ziffern)
--	--

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	Bitte direkt am Bildschirm ausfüllen!		handschriftlich unterschreiben <input type="checkbox"/>
2			keine i.A. / i.V. <input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>
6	Für handschriftlich zugefügte Teilnehmende besteht keine Kostenübernahme. Bei mehr als 10 Teilnehmern bitte ein zweites Formular verwenden.		<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.: Bitte direkt am Bildschirm ausfüllen! E-Mail:	Stempel, Unterschrift Ort, Datum und Unterschrift bitte handschriftlich eintragen. Ort, Datum

Bestätigung durch die Ausbildungsstelle Wird vom ASZ ausgefüllt.	
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