

Abrechnungsbildungsformular

für die Aus- und Fortbildung
von betrieblichen Ersthelfenden

- ☐ Ausbildung ☐ Fortbildung
☐ Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

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

Teilnahmeliste			Bestätigung durch die Ausbildungsstelle
Name, Vorname	Geburts-tag	Unterschrift	
1			☐
2			☐
3			☐
4			☐
5			☐
6			☐
7			☐
8			☐
9			☐
10			☐

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

Bestätigung durch die Ausbildungsstelle	
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 TEN® Trainingszentrum für Erste Hilfe & Notfallmedizin Lilienstraße 11 20095 Hamburg

