Version 08/2018

**Anmeldeformular**

**Aus- und Fortbildung**

**für betriebliche Ersthelfer und Ersthelferinnen**

Name des Mitgliedsbetriebes

Straße / Hausnummer

PLZ

Ort

Ausbildung

Fortbildung

Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Zuständiger Unfallversicherungsträger

Berufsgenossenschaft, Unfallkasse

)

(

Mitgliedsnummer / Versicherungsnummer

**Teilnahmeliste**

Die Teilnahmeliste ist vom Unternehmen auszufüllen.

Die Teilnahme ist von den Teilnehmenden am Tag des Kurses durch Unterschrift zu bestätigen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Unterschrift

Bestätigung

durch die

Ausbildungsstelle

1

**.**

**.**

2

**.**

**.**

3

**.**

**.**

4

**.**

**.**

5

**.**

**.**

6

**.**

**.**

7

**.**

**.**

8

**.**

**.**

9

**.**

**.**

10

**.**

**.**

**Bestätigung durch das Unternehmen**

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Unternehmens

**Bestätigung durch die Ausbildungsstelle**

abrechenbare Teilnehmeranzahl auf diesem Formular

Datum des Lehrgangs

Kennziffer der Ausbildungsstelle

Name der Lehrkraft

Registriernummer des Lehrgangs

Ort des Lehrgangs

Ort, Datum

Anschrift, 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.