

# Anmeldeformular

Ausbildung

Fortbildung

## Aus- und Fortbildung für betriebliche Ersthelfer

Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Anschrift des Mitgliedsbetriebes

Strasse \_\_\_\_\_ Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

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.

Bestätigung  
durch die  
Ausbildungsstelle

	Name, Vorname	Geburtsdatum	Unterschrift	
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