

# Abrechnungsformular

für das Pilotprojekt Teildigitalisierung der Ersten Hilfe an Schulen

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

<b>Teilnehmerliste</b> Die Teilnehmerliste ist vom Unternehmen auszufüllen. Die Teilnahme ist von den Teilnehmenden am Tag des Kurses durch Unterschrift zu bestätigen.			Bestätigung durch die Ausbildungsstelle
	Name, Vorname	Betriebsteil	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	Stempel, Unterschrift
Name, Vorname:	
Tel.:	
E-Mail:	Ort, Datum

<b>Bestätigung durch die Ausbildungsstelle</b>	
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