

# 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 Aus- bildungsstelle
	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 Name, Vorname:  	Stempel, Unterschrift  
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  

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.