Verfahrenshinweis: Durch organisatorische Maßnahmen ist zu gewährleisten, dass bei der Unterzeichnung nur die eigenen Personendaten eingesehen werden können. Nutzen Sie bitte die elektronische Formularfunktion dieses Dokuments. Ansonsten füllen Sie es mit einem schwarzen oder dunkelblauen Stift aus.

# Abrechnungsformular

**für die Aus- und Fortbildung von betrieblichen Ersthelfenden**

Bitte Vorab ausgefüllt per Email an ausbildung@drk-wesermarsch.de senden

☐ Ausbildung ☐ Fortbildung

☐ Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

| Name des Mitgliedsbetriebes<br><br>Straße / Hausnummer<br><br>PLZ Ort | Zuständiger Unfallversicherungsträger<br>(Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)<br><br>Unternehmensnummer (UNR.S, 15 Ziffern) |
|---|---|

## Teilnahmeliste

Die Teilnahmeliste ist vom Unternehmen auszufüllen.
Die Teilnahme ist von den Teilnehmenden am Tag des Kurses durch Unterschrift zu bestätigen.

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

## Bestätigung durch das Unternehmen

| Ansprechperson im Unternehmen<br><br>Name, Vorname:<br><br>Tel.:<br><br>E-Mail: | Stempel, Unterschrift<br><br><br><br>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 |

Version 01/2023

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.