

Formular für die Abrechnung von Erste-Hilfe-Kursen

Das Formular erhalten Sie als PDF oder Word Datei auf der Internetseite ihres Unfallversicherungsträgers.

Unabhängig von dem gemeinsamen Formular legt jeder Unfallversicherungsträger die Abrechnungsmodalitäten selbst fest. Weitere Hinweise und Ansprechpartner bei den einzelnen Unfallversicherungsträgern. Informieren Sie sich bitte vor dem Kurs.

- Bitte die Teilnehmer vor dem Erste-Hilfe-Kurs melden.

Abrechnungsf formular ausfüllen:

- Name des Mitgliedsbetriebes mit Anschrift

- Zuständiger Unfallversicherungsträger

- Unternehmensnummer (15 Ziffern)

- Teilnehmer (nur Name, Vorname und Geburtsdatum)

Bestätigung durch das Unternehmen:

- Ansprechpartner mit Kontaktdaten

- Stempel und Unterschrift im Original

Bestätigung durch die Ausbildungsstelle füllen wir gerne aus!

- ORIGINAL Abrechnungsf formular dem Dozenten aushändigen.

Vielen Dank

Postadresse:



DRK Kreisverband Niederrhein e.V.
Notfallvorsorge | Ausbildung
Melkweg 3
47495 Rheinberg

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.

Abrechnungsf formular für die Aus- und Fortbildung von betrieblichen Ersthelfenden

Ausbildung Fortbildung
 Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

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

Teilnehmerliste			Bestätigung durch die Ausbildungsstelle
Name, Vorname	Geburtsdag	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"/>

Bestätigung durch das Unternehmen	
Ansprechperson im Unternehmen	Stempel, Unterschrift
Name, Vorname:	
Tel.:	
E-Mail:	
	Ort, Datum

Bestätigung durch die Ausbildungsstelle	
Abrechenbare Teilnehmerzahl auf diesem Formular	Datum des Lehrgangs
Kennziffer der Ausbildungsstelle	Name der Lehrkraft
Registrierungsnummer des Lehrgangs	Ort des Lehrgangs
Ort, Datum	Anschrift, Unterschrift der Ausbildungsstelle

Wervian 01/2023 t.baier

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.