

**Erläuterung für das Formular**  
**für die Anmeldung und Bestätigung der Teilnehmer**  
**an der Aus- und Fortbildung für betriebliche Ersthelfer**

- Name des Mitgliedbetriebes: mit ihrer Firmenadresse ausfüllen
- Art des Erste-Hilfe-Kurses an dem teilgenommen werden soll: Entsprechendes ankreuzen
- zuständigen Unfallversicherungsträger: bitte ausführlich ausschreiben
- Mitgliedsnummer des Unternehmens bitte vollständig eintragen
- Teilnehmer: Vollständigen den Namen und Vornamen eintragen + Geburtsdatum + Unterschrift des Teilnehmers (i.A + i.V **nicht** möglich)

Dieses Formular wird maschinell verarbeitet und gespeichert!  
 Nutzen Sie bitte die elektronische Formularfunktion dieses Dokuments. Ansonsten füllen Sie es mit einem schwarzen oder dunkelblauen Stift aus. Vielen Dank!

## Anmeldeformular

**Aus- und Fortbildung für betriebliche Ersthelfer und Ersthelferinnen**

Name des Mitgliedbetriebes

Straße / Hausnummer

PLZ                      Ort

Zuständiger Unfallversicherungsträger  
(Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)

Mitgliedsnummer / Versicherungsnummer

Ausbildung                       Fortbildung  
 Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Teilnahmeliste			Bestätigung
Die Teilnahmeliste ist vom Unternehmen auszufüllen. Die Teilnahme ist von den Teilnehmenden am Tag des Kurses durch Unterschrift zu bestätigen.			durch die Ausbildungsstelle
Name, Vorname	Geburtsdatum	Unterschrift	
1	. .		<input type="checkbox"/>
2	. .		<input type="checkbox"/>
3	. .		<input type="checkbox"/>

- Datum: aktuelles Datum eintragen
- Stempel und Unterschrift des Unternehmens untersetzen
- Zeitraum der Ausbildung: Zeitraum oder Datum der Ausbildung bitte eintragen

**Bestätigung durch das Unternehmen**

Ort, Datum	Stempel, Unterschrift des Unternehmens
------------	--

**Fortlaufendes wird von der Ausbildungsstätte ausgefüllt!**

**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  Goslar,	Anschrift, Unterschrift der Ausbildungsstelle Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Osterode-Goslar In der Horst 10 37520 Osterode am Harz

Die personenbezogenen Daten werden aufgrund des § 199 Abs. 1 Nr. 5 i.V.m. § 23 SGB VII erhoben und gespeichert.

Bitte vollständig Ausfüllen (Ohne diese Angaben ist keine Abrechnung durch die zuständige Unfallversicherung möglich somit sind vom Unternehmen **40 € pro Teilnehmer zu entrichten**).

**Hinweis** für Unternehmen wo der Unfallversicherungsträger der **Gemeinde Unfallversicherungsverband (GUV)**, die **Landesunfallkasse, BG Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege** oder die **Unfallversicherung Bund und Bahn** ist muss folgendes beachtet werden.

- **Arbeitgeber muss vor Lehrgangsbeginn** eine Kostenübernahmeerklärung beim Unfallversicherungsträger beantragen und uns das Original der Kostenübernahmeerklärung **spätestens bei Lehrgangsbeginn** vorlegen. Ohne das Original ist eine Abrechnung **nicht** möglich!