

# Abrechnungsbogen

für die Aus- und Fortbildung  
von betrieblichen Ersthelfenden

- Ausbildung  Fortbildung  
 Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Name des Mitgliedsbetriebes	Zuständiger Unfallversicherungsträger: <b>Unfallkasse Sachsen-Anhalt</b>
Straße / Hausnummer	Aktenzeichen: <b>618.62 / 63</b>
PLZ                      Ort	

<b>Teilnehmerliste</b>					Bestätigung durch die Ausbildungsstelle
Die Teilnehmerliste ist vom Unternehmen auszufüllen. Die Teilnahme ist von den Teilnehmenden am Tag des Kurses durch Unterschrift zu bestätigen.					
	Name, Vorname	Tätigkeit	Geburtstag	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

Version 07/2021-UK ST