

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**

Ausbildung
 Fortbildung

Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Name des Mitgliedsbetriebes Straße / Hausnummer PLZ Ort	Zuständiger Unfallversicherungsträger <small>(Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)</small> Mitgliedsnummer / Versicherungsnummer
--	--

	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
1		Unterschrift
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 Goslar e.V. Wachtelpforte 38 38644 Goslar

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 Gesundheitdienst 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!